

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin Inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

L. BROcq

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROUSSE,
CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND,
HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LEPILEUR, LEREDDE, A. MATHIEU,
CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND,
ALEX. RENAULT, J. RENAULT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

D^r G. THIBIERGE

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME IX

N° 7. — Juillet 1898

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCVIII

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois. Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail sans aucun changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr GEORGES THIBIERGE, 7, rue de Surène, Paris.

CLIN & C^{ie}

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

à enveloppe mince de gluten,
essentiellement assimilable, très soluble.

TROIS TYPES PRINCIPAUX :

COPAHU et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, CUBÈBE et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, FER et ESSENCE de SANTAL

INDICATIONS : **Blennorrhagie, Blennorrhée, Leucorrhée vaginale, Cystite et Catarrhe vésical.**

DOSE : Huit à dix Capsules par jour.

ÉLIXIR DÉRET BI-IODÉ

Solution vineuse à base d'iodure
double de Tanin et de Mercure.

Chaque cuillerée correspond à un centigr.
de biiodure de mercure.

Ne provoque ni Hydrargyrisme, ni
Diarrhée, évite, par la façon dont il est
présenté, les soupçons de l'entourage.

DOSE : De une à deux cuillerées à soupe par jour.

Santal du Dr Clin

Capsules à enveloppe mince renfermant
20 centigr. de Santal d'une pureté absolue.

INDICATIONS : **Blennorrhagie aiguë ou
chronique, Cystites et toutes inflam-
mations des Muqueuses génito-
urinaires, Leucorrhée vaginale.**

DOSE : De 8 à 16 Capsules par jour en augmentant
progressivement.

CAPSULES et DRAGÉES de Bromure de Camphre

du Docteur CLIN

Par Capsule, 20 centigr. } Bromure
Par Dragée, 10 centigr. } de Camphre pur.

INDICATIONS : **Epilepsie, Hystérie, Chorée,
Insomnies, Palpitations de cœur,
Érections douloureuses, Spermatorrhée,
Eréthisme du Système nerveux.**

DOSE : De 2 à 5 Capsules, de 4 à 10 Dragées.

CLIN & C^{ie} — F. COMAR & FILS (MAISONS RÉUNIES)
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS 385

IODOL

BREVET ALLEMAND N° 35130
Le meilleur succédané de l'iodoforme
Inodore et non toxique

S'emploie avec succès pour le traitement de **TOUTES LES MALADIES SYPHILITQUES**
l'ophtalmologie et toutes les opérations chirurgicales.

SEULS FABRICANTS : KALLE & C^{ie}, BIEBRICH-S-RHIN

Dépôt général chez **M. Reinicke**, Paris, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie.

En vente dans toutes les Pharmacies

SAVONS MÉDICINAUX. A° MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
PARK, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.
SAVON Pheniqué... à 5% de A° MOLLARD 12^f
SAVON Boraté... à 10% de A° MOLLARD 12^f
SAVON au Thymol... à 5% de A° MOLLARD 12^f
SAVON à l'Ichthol. à 10% de A° MOLLARD 24^f
SAVON Boriqué... à 5% de A° MOLLARD 12^f
SAVON au Salol... à 5% de A° MOLLARD 12^f
SAVON à Sublimé à 1% ou 10% de A° MOLLARD 18^f ou 24^f
SAVON Iode (KI - 10 %)... de A° MOLLARD 24^f
SAVON Sulfureux hygiénique de A° MOLLARD 12^f ou 24^f
SAVON au Goudron de Norvège de A° MOLLARD 12^f
SAVON Glycérine..... de A° MOLLARD 12^f
Ils se vendent en boîte de 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC
35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS GRANULES DARDEL à l'Arséniate de Mercure ASO^s 2HG HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand
soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'Éti-
quette ne porte pour toute désignation que la for-
mule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob

a. Chaque
ces de la

ans rema

illigraphie

is.

T

ure
re.
igr.

ni
est
ge.

ar.

S

T

,
,
,
a.

EL
ecure

grand
, l'Éti-
la for-

l
l
n
c
s
c
n
l
n
n

v
d
le
l'
ci
m
bi

de

M
no
lés
l'a
ne

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UNE SINGULIÈRE DERMATOSE

A LOCALISATIONS CUTANÉES ET MUQUEUSES

L'HYPERKÉRATOSE FIGURÉE CENTRIFUGE ATROPHIANTE

(IMPROPREMENT APPELÉE POROKÉRATOSE)

NOUVELLE ÉTUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE

PAR

Le Professeur **Auguste Ducrey**,
Directeur

Le Dr **Emile Respighi**,
Aide et privat-docent

De l'Institut dermo-syphilopathique de l'Université de Pise.

Le 3 juin 1897 se présenta à l'Ambulatoire annexé à notre Clinique, puis fut admis à la Clinique et y resta du 8 au 23 du même mois le nommé J.-B. Mar..., qui présentait un exemple typique de cette singulière hyperkératose dont les premières descriptions ont été données par le professeur Mibelli et par l'un de nous, au mois de septembre 1893. Mais un examen très attentif du malade permit de constater que son affection n'était pas limitée à la peau, mais intéressait aussi la muqueuse buccale; sur celle-ci, les lésions rappelaient de très près les caractères des lésions cutanées, de sorte qu'il n'y avait aucun doute que les unes et les autres lésions relevaient du même processus morbide.

L'importance considérable de cette observation, absolument nouvelle, qui pouvait contribuer à porter la lumière sur l'interprétation de cette forme morbide, nous conduisit à examiner minutieusement le plus grand nombre possible des malades, qui avaient déjà été l'objet des travaux antérieurs de l'un de nous. Nous pûmes retrouver cinq d'entre eux, parmi lesquels nous constatâmes chez trois également des lésions de la muqueuse buccale, indiscutablement semblables à celles observées chez Mar.... (1).

Tandis que nous poursuivions l'étude de ces malades, il nous fut donné de constater que quelques parents de quelques-uns de nos

(1) De même chez un des malades qui avaient été étudiés par le professeur Mibelli et dont l'observation avait été publiée dans son premier mémoire (Ros...), nous pûmes constater, au cours d'un examen fait au mois de janvier dernier, une lésion sur le côté gauche de la langue, auprès de la pointe, indubitablement due à l'affection dont nous nous occupons. Deux autres malades, R. Boz... et L. Fol..., ne présentaient aucune lésion de la muqueuse buccale.

malades étaient atteints de la même maladie, et récemment, au mois d'avril dernier, un autre malade qui se présenta à l'Ambulatoire nous donna à son tour l'occasion d'aller examiner trois de ses parents qui en étaient atteints. Le nombre de nos malades fut ainsi augmenté de sept, parmi lesquels deux seulement présentaient des lésions de la muqueuse buccale.

Nous rapportons ici les observations des malades que nous venons d'étudier pour la première fois, et nous reproduisons aussi celles des malades dont nous avons autrefois donné seulement un court résumé, nous bornant pour les autres, dont l'histoire a été publiée déjà avec des détails suffisants, à relater les modifications qui sont survenues ultérieurement dans les lésions cutanées. Naturellement les lésions de la muqueuse seront décrites avec détails chez tous les malades qui en ont présenté.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Jean-Baptiste Mar..., âgé de 66 ans, originaire d'Orentano, province de Florence, cultivateur, marié, a des enfants.

A toujours joui d'une bonne santé et ne se rappelle pas avoir été atteint d'une maladie de quelque importance. Fume modérément depuis son jeune âge.

Très rustique et prenant peu de souci de sa personne, il n'est pas capable de donner sur la maladie pour laquelle il se présente à l'Ambulatoire, de renseignements très précis ; il sait seulement qu'étant âgé à peine de 15 ans, il a remarqué sur le pied droit, et exactement sur la face dorsale du 5^e orteil, une petite saillie, dure, rugueuse qui lui causait une très légère sensation de prurit et plus tard devint douloureuse par la pression de la chaussure.

Vingt ans après, une saillie analogue à la précédente se développa sur le bord interne de l'articulation phalango-phalangettienne du pouce gauche et une autre huit ans plus tard sur la région malléolaire externe droite ; ces deux saillies s'accrurent très lentement et ne donnèrent jamais lieu qu'à des troubles subjectifs peu considérables.

A ces trois saillies, qui s'étaient développées à si long intervalle, il s'en joignit, environ cinq ans plus tard (le malade approchait alors de la cinquantaine), d'autres sur la plante des pieds, d'abord à droite, puis à gauche, puis, au bout d'un court espace de temps, également sur la face dorsale des pieds, disséminées çà et là, sur la face dorsale des doigts, et une sur la paume de la main droite à la base de la région thénar.

C'est seulement il y a un an à peine que le malade a constaté les premières manifestations sur le visage, sur le cuir chevelu et sur le scrotum, qui sont devenues nombreuses dans ces derniers mois.

Les lésions de la muqueuse buccale n'ont pas été remarquées par le malade avant notre examen.

En dehors des troubles subjectifs déjà signalés pour quelques taches, du prurit très léger et accidentel et de la douleur sous l'influence des pressions

exercées par la chaussure, surtout pendant la marche et dans les travaux manuels, le malade n'a jamais éprouvé aucune autre espèce de souffrance, sauf que, surtout lorsqu'il est au lit, presque habituellement depuis un temps qu'il ne peut préciser, il éprouve une sensation de chaleur dans les pieds et un peu dans les jambes jusqu'au voisinage du genou, assez pénible pour l'obliger souvent à mettre ces parties en dehors de ses couvertures.

Relativement aux antécédents de famille, le malade rapporta que :

a) Sa mère, Liberata Nel..., peu robuste, qui mourut subitement vers l'âge de 60 ans, était atteinte de lésions cutanées très nombreuses sur le visage, les mains et les pieds, identiques à celles dont lui-même est porteur; celles de ces lésions qui occupaient les pieds étaient seules douloureuses et l'obligeaient à porter des pantoufles. Deux de ses oncles maternels (Jean et Barthélemy) qui étaient également atteints de cette affection, et deux autres (Louis et Annonciation), qui étaient peut-être atteints, sont morts actuellement.

b) Deux de ses frères (André et Raimond), plus âgés que lui, étaient également atteints de cette affection, à peu près au même degré que lui, ainsi qu'une sœur plus jeune (Émilie) : tous trois sont morts à un âge avancé, sans enfants et sans que les femmes de ses frères et le mari de sa sœur aient contracté la maladie.

c) Un cousin germain paternel (Chérubin Bia...) et son fils (Charles) sont atteints de la maladie; un autre cousin, frère du précédent (Laurent), mort depuis longtemps déjà, en aurait également été atteint.

d) Le père du malade, mort depuis plusieurs années, n'a jamais présenté de lésions cutanées; de même, deux sœurs, la femme et les deux fils, tous actuellement vivants, sont complètement indemnes de la maladie dont nous nous occupons.

A Orentano, pays natal et domicile du malade, nous avons pu nous assurer *de visu* de la maladie de son cousin germain Chérubin Bia... (voir l'observation suivante), et avoir la confirmation, par les informations que nous avons recueillies, des renseignements que Mar... nous avait donnés.

Nous n'avons pu voir le fils de Chérubin, qui demeure à Marseille.

Il est à remarquer que, entre les familles Mar..., Bia... et Nel..., bien qu'elles habitent des localités très voisines (la famille Mar... est d'Orentano et originairement de Montecalvoli, la famille Bia... est de Montecarlo S. Salvatore et la famille Nel... d'Altopascio), il n'existait aucune parenté avant les mariages des parents de Jean-Baptiste Mar..., et de Chérubin Bia..., et que ce dernier, dont les parents étaient, autant qu'on nous l'a affirmé, indemnes de la maladie, fut nourri par Liberata Nel..., mère de notre malade Jean-Baptiste Mar..., aussitôt après le sevrage de ce dernier, et que le frère de Chérubin Bia..., Laurent, fut nourri par la même Liberata Nel..., aussitôt après que celle-ci eut sévré sa fille Émilie, tandis que, des autres frères de Chér..., qui tous étaient exempts de la maladie, aucun n'a été nourri par Liberata Nel...

Pour plus de clarté, nous rapportons dans le tableau ci-dessous la généalogie du malade, en écrivant en gros caractères les noms de ceux de ses parents qui étaient atteints de la même maladie que lui.

Famille Mar... et Bia...

Gaspar Mar... †, marié à Libérata Nel... †; Jean Nel... †; Louis Nel... †; Barthelémy Nel... †; Annonciation Nel... †; trois autres filles mortes.

André Mar... †; Raymond Mar... †; François Mar... †; Jean-Baptiste Mar... * †; Emilie Mar... * †; quatre autres filles dont trois sont mortes.

Sept sœurs Mar..., dont Annonciation †, mariée à Romuald Bia... †.

Chérubin Bia... * †; Laurent Bia... * †; Gabriel Bia... †; Angel Bia... †; Dominique Bia... †; Marianne Bia...

Charles Bia... et sept autres enfants.

†, mort. — * , nourris par Libérata Nel... — †, cas douteux.
La maladie n'a été constatée de visu que chez Jean-Baptiste Mar... et Chérubin Bia...

État actuel (3 juin 1897). — Taille moyenne, squelette normal, embonpoint convenable, muscles bien développés, peau brune, cheveux rares, châtain foncé, mélangés de quantité égale de cheveux blancs. Athérome artériel marqué.

Les lésions cutanées intéressent la tête, le scrotum, les mains, les poignets, les pieds et les jambes.

Tête. Cuir chevelu. — Sur le cuir chevelu qui présente une zone où les cheveux sont éclaircis dans la région du vertex et dont le voisinage de la région frontale est presque alopécique (par alopécie sénile), on remarque une trentaine de petites taches, sur lesquelles les cheveux sont clairs ou manquent complètement; ces taches sont disséminées, sans sièges de prédilection, lenticulaires ou en forme de gouttes, plus ou moins circulaires, ou en forme de biscuit, polycycliques ou complètement irrégulières. A leur niveau, les orifices folliculaires sont plus ou moins apparents; la surface est plane, légèrement déprimée, de coloration jaune brunâtre très légère; les bords bien marqués, sont linéaires, légèrement saillants, de coloration plus foncée que l'aire qu'ils entourent. Les rares cheveux qui persistent sur les petites taches ont un aspect normal et résistent normalement à la traction.

Visage. — Sur la partie supérieure de la région frontale, exactement au niveau où le cuir chevelu est devenu alopécique, on voit quelques petites taches en gouttes, analogues aux précédentes, dont elles diffèrent seulement par un très étroit sillon tracé sur le milieu du relief linéaire périphérique.

Le sillon est plus manifeste sur les rares petites taches lenticulaires et en gouttes, que l'on voit sur le reste de la région frontale; une de ces taches, en forme de goutte, occupant le sourcil gauche au voisinage de la glabella, présente un bord nettement saillant en forme de digue sur toute sa longueur.

Le reste du visage, tant sur ses parties velues que sur ses parties glabres, y compris les pavillons des oreilles, est occupé par de nombreuses petites taches, dont les unes sont lenticulaires, les autres en forme de gouttes, le plus grand nombre irrégulières, avec des formes qui échappent à une description exacte. Toutes ont une aire centrale déprimée, plus ou moins lisse, complètement alopécique ou à peu près alopécique dans les régions pileuses, avec des orifices folliculaires apparents, particulièrement sur celles qui occupent la peau du nez, de coloration un peu plus accentuée que la coloration brune diffuse de tout le visage. La limite de ces éléments est constituée par un petit bord presque linéaire, toujours plus foncé que l'aire centrale, présentant ou non un très étroit sillon et, sur quelques taches, principalement sur le pavillon des oreilles, la totalité ou une partie seulement de ce petit bord est un peu épaissie et calleuse.

Les tempes sont épargnées, les paupières et la racine du nez sont peu atteintes. On voit de nombreuses lésions sur le lobule du nez, sur les ailes du nez, sur la joue gauche: elles sont discrètes sur la joue droite, sur les lèvres, sur le pavillon des oreilles dont elles occupent presque exclusivement la partie antérieure.

Sous le rapport des dimensions, les taches sont lenticulaires ou en gouttes

sur le nez et sur les oreilles, en gouttes ou nummulaires, surtout nummulaires sur les joues.

Sur la lèvre supérieure, à gauche, une tache nummulaire, complètement alopecique, polycyclique, est remarquable par l'atrophie prononcée qu'elle présente, avec une surface irrégulière, comme rugueuse. En outre, sur les bords libres des lèvres et exactement sur leur partie médiane, on constate deux petites taches, l'une lenticulaire sur la lèvre supérieure, l'autre presque en goutte sur la lèvre inférieure, avec une bordure saillante peu accentuée et une aire interne aplatie, blanchâtre, sans signes évidents d'atrophie.

Cou. — Le cou, épargné à la partie antérieure et sur les côtés, présente 5 taches en gouttes sur la région de la nuque, 3 supérieures à bords calleux, dont l'aspect rappelle celui des taches des pavillons des oreilles et 2 inférieures très analogues à celles que l'on constate sur le front.

Tronc. — Six taches, quelques-unes en gouttes, les autres lenticulaires, sont disséminées sur la partie supérieure de la poitrine et une petite, à peine lenticulaire, sur le dos, dans la fosse sus-épineuse droite; elles ont des caractères identiques à ceux des taches de la région frontale précédemment décrites.

En outre, il y a 3 taches dans le creux axillaire droit, deux en gouttes, une nummulaire dans l'aisselle gauche, au niveau desquelles les poils ont disparu; ces taches ont un bord modérément saillant, assez pigmenté, divisé par un sillon.

On voit un petit nombre de taches, une douzaine environ, rendues apparentes par la pigmentation du bord, qui est un peu induré, disposées le long du bandage herniaire que le malade porte à gauche pour une hernie inguinale, quelques-unes au niveau du bandage lui-même, d'autres au-dessus ou au-dessous de lui.

Organes génitaux. — On voit sur le scrotum, surtout à sa partie antérieure, de nombreuses taches assez larges et irrégulières, entourées d'une bordure mince, filiforme, faisant saillie sur une étroite base hyperhémique, qui la rend plus apparente et plus élégante; la partie centrale de ces taches, légèrement atrophique, présente des poils plus clairsemés que la peau saine environnante.

Aucune lésion sur la verge.

Membres supérieurs. — On note une petite tache lenticulaire sur le côté externe du coude droit et quelques-unes disséminées sur la peau des avant-bras; ces taches reproduisent les caractères de celles du front.

Par contre, les taches sont nombreuses sur les poignets, principalement sur la face dorsale du poignet droit et sur la face palmaire du poignet gauche; elles sont nombreuses également sur les mains, occupant presque exclusivement la région dorsale, disséminées assez régulièrement sur la main droite, mais prédominant sur la partie externe de la main gauche. Sur la paume de la main droite, on voit seulement une petite tache occupant la base de la région thénar. Quant aux doigts, les lésions sont peu nombreuses à droite, où elles occupent presque exclusivement la région dorsale, et discrètes à gauche où elles prédominent sur la face dorsale et sur les côtés. Les régions périunguéales sont indemnes; aucun des ongles n'est déformé.

En ce qui regarde les dimensions, il y a prédominance des plaques nummulaires, arrondies et polycycliques sur les poignets et le dos des mains, des plaques lenticulaires sur les doigts. Sur toutes les taches, la bordure est saillante en forme de digue, particulièrement apparente sur quelques-unes, soit dans toute sa longueur, soit par places ; ce n'est pas toujours sur les points où les pressions et les chocs résultant de la profession du malade sont les plus répétés que cette bordure est le plus accusée ; de coloration brunâtre, ces taches se distinguent difficilement sur la face dorsale des extrémités en raison de la coloration brune diffuse de ces régions, tandis qu'elles se voient mieux sur la face palmaire.

Sur le plus grand nombre de ces taches, on remarque un sillon bien marqué le long du sommet de la bordure, assez étroit sur la plupart, évasé au contraire et avec un liséré central sur celles dont les bords sont calleux.

L'aire centrale des taches, dont la surface est plus ou moins déprimée par rapport à la bordure, présente les caractères de la peau atrophiée à un degré variable. Mais, sur quelques taches, l'aire centrale calleuse s'élève jusqu'au niveau de la bordure, dont elle constitue le bord interne. Le liséré, qui s'élève au-dessus du sillon, assez épais et ondulé, atteint sur quelques taches et dépasse sur d'autres le niveau de l'aire centrale, et s'appuie sur elle comme si elle lui adhérait.

Sur le dos du poignet gauche, on voit quelques cicatrices de blessures, larges de quelques millimètres, planes, anémiques, hypochromiques, qui sont respectées par les taches.

Membres inférieurs. — Les cuisses sont indemnes. Les taches sont peu nombreuses sur les trois quarts supérieurs des jambes, nombreuses sur leur quart inférieur et sur la face dorsale des pieds. Il y a prédominance des taches nummulaires, arrondies et polycycliques ; les bords et l'aire centrale sont analogues à ceux des éléments des poignets et des mains, et la coloration brun-rouge du bord se détache sur la peau assez blanche du voisinage.

Une tache intéresse la moitié interne de la région unguéale du gros orteil droit, et une la moitié externe de la région unguéale du troisième orteil gauche. La portion correspondante de l'ongle est doublée d'épaisseur, plus opaque, de coloration brune, sa surface est irrégulière. On constate sur la plante des pieds, particulièrement au niveau des talons et des articulations métatarso-phalangiennes, quelques taches en gouttes, calleuses dans leur totalité, avec un sillon évasé.

Muqueuses. — Légère leucoplasie sur les joues, le long du sillon interdentaire.

Sur la muqueuse buccale on note quelques lésions disséminées sur les lèvres, la joue gauche, les gencives, la voûte palatine et la face inférieure de la langue.

Surface interne des lèvres. — Sur la lèvre supérieure, à gauche de la ligne médiane et au voisinage de celle-ci, sur le milieu de la hauteur de la lèvre, il y a une petite tache, de la largeur d'une grosse lentille, irrégulièrement arrondie ; cette tache, opaline au centre, prend progressivement une teinte blanche opaque et s'épaissit à mesure qu'on s'approche de la périphérie où elle se termine par un bord net.

Sur la lèvre inférieure, il y a deux petites taches, absolument identiques, sauf leur dimension qui est un peu moindre; ces deux taches se touchent presque et sont situées à un centimètre du sillon labio-gingival, un peu à droite de la ligne médiane.

Joues. — On constate une seule tache sur la joue gauche, sur le sillon interdentaire, correspondant aux avant-dernières molaires; cette tache est également lenticulaire, ovoïde, uniformément plane et opaline; l'anneau blanc, opaque et mince, qui la limite, présente, dans la partie postéro-inférieure de sa circonférence et sur son bord externe, une saillie formée d'un petit grain miliaire, bien circonscrit et apparent, d'une coloration blanc opaque semblable à celle de l'anneau lui-même avec lequel elle se continue; cette saillie est assez facilement perceptible au toucher.

Muqueuse gingivale. — Sur le bord alvéolaire supérieur, à sa partie externe, au-dessus du vide laissé par la chute de la canine du côté droit, il y a une petite tache sublenticulaire, dont la partie centrale est plutôt saillante, d'un blanc opaque, aplatie, à bords nets, entourée d'un léger sillon, lequel à sa partie externe présente une étroite bordure à peine opaline, qui se perd sur la muqueuse du voisinage.

Également sur le bord alvéolaire supérieur, à droite et en dedans, entre les deuxième et troisième molaires, on note une petite tache sublenticulaire, d'un blanc opaque, presque conoïde, à surface irrégulière et verrueuse, présentant pour tout le reste absolument les mêmes caractères que les précédentes.

Voûte palatine. — Sur la moitié gauche de la voûte palatine, à un centimètre du raphé, dans une des dépressions digitales normales de la partie antérieure de la muqueuse, existe une petite tache sublenticulaire, à aire centrale légèrement déprimée, de forme grossièrement triangulaire, à angles arrondis, opaline, avec un mince bord périphérique blanc opaque, saillant, comme un fil très mince.

Langue. — A la face inférieure de la langue, à gauche de la ligne médiane, auprès de la pointe, se trouvent deux petites taches sublenticulaires, très voisines l'une de l'autre, ovalaires, assez élégantes, à bordure circulaire très mince d'un blanc opaque et à aire interne légèrement opaline.

Sur le voile du palais, les piliers, les amygdales, le pharynx, il n'y a aucune lésion à noter. Il en est de même sur les conjonctives et sur la muqueuse nasale.

Le 9 juin 1898, on a enlevé sur la muqueuse buccale la tache unique de la lèvre supérieure et les deux taches de la lèvre inférieure. Les fragments enlevés ont été fixés dans l'alcool absolu et inclus dans la paraffine. Les coupes ont été faites rigoureusement en série et colorées à l'hématoxyline.

Obs. II. — Chérubin Bia... (1), cousin germain paternel de J.-B. Mar...,

(1) Ce malade a été examiné dans sa maison à Orentano; il était assez peu disposé à se prêter à une étude minutieuse. L'examen, rendu ainsi forcément incomplet, a eu surtout pour but d'établir que, quoique ce sujet fût bien atteint de la maladie dont il s'agit ici, il ne présentait pas de lésions des muqueuses.

Agé
enfa
A)
de r
tous
tand
mèn
mal
R
été
de J
qu'
I
dat
sur
aut
côt
me
br
tél
de
nu
po
ti
ne
b
m
e
la
l
c
t
v
a

âgé de 65 ans, originaire d'Orentano, cultivateur, marié, ayant des enfants.

Après ce que nous avons noté dans l'observation précédente, il suffira de rappeler que le père, les oncles paternels et quatre frères de ce malade, tous morts aujourd'hui, n'ont jamais eu aucune espèce d'affection cutanée, tandis que le 5^e frère, Laurent, qui est également mort, était atteint de la même dermatose dont nous nous occupons ici, et qu'un des 8 fils du malade, Charles, habitant actuellement Marseille, en est également atteint.

Rappelons aussi que, des frères Bia..., Chérubin et Laurent ont seuls été allaités par Liberata Nel..., mère de J.-B. Mar..., l'un après le sevrage de J.-B. Mar..., l'autre après le sevrage d'Emilie Mar..., laquelle, ainsi qu'il a déjà été dit, fut atteinte de la même dermatose.

Le début de l'affection, chez notre malade, qui ne peut le préciser, paraît dater de l'enfance et les premières manifestations se seraient produites sur le dos des mains, puis successivement à la face et aux pieds; aux pieds, autant qu'il se rappelle, elles ont débuté dans le 1^{er} espace interdigital du côté gauche et à la région sus-unguéale du gros orteil droit.

État actuel (5 juillet 1897). — Homme de taille moyenne, de développement régulier, d'embonpoint modéré; muscles bien développés, peau brune, cheveux châtain foncé, tachetés de blanc.

L'affection intéresse presque exclusivement l'extrémité des membres, la tête et les organes génitaux, et est caractérisée par des taches annulaires, de dimensions allant de celles de taches lenticulaires à celles de taches nummulaires, les plus petites arrondies, les plus grandes irrégulières et polycycliques. Elles sont constituées par : 1^o une bordure annulaire, continue, peu saillante, d'apparence squameuse, ou, plus souvent, assez prononcée, dure, cornée, présentant ou non un sillon qui semble tracé au burin sur son sommet et sur lequel s'élève une petite lamelle plus ou moins marquée, tout à fait isolée ou adhérente au bord interne du sillon, d'aspect et de consistance cornée; 2^o une aire incluse dans la bordure, au niveau de laquelle la peau peut conserver son aspect normal ou à peu près, mais sur laquelle on peut ordinairement constater des signes d'atrophie superficielle ou même d'atrophie assez prononcée; à ce niveau, la peau est de coloration un peu achromique par rapport à la peau du voisinage, mais plus souvent un peu plus brune ou rouge-brun. Parfois elle est couverte d'un amas corné épais, qui en soulève la surface jusqu'au niveau de la saillie périphérique; sur les taches qui présentent cet aspect, le sillon est plus manifeste, plus évasé et la lamelle qui s'élève au-dessus de sa partie moyenne est épaisse, festonnée, adhère en partie au bord interne dont elle dépasse quelque peu la limite supérieure. Lorsqu'on soulève l'amas corné, qui recouvre l'aire interne et qui souvent peut être détaché sans grande difficulté, on met à découvert une surface rouge-brun déprimée ou légèrement saillante, parfois irrégulière, presque papillomateuse.

Nous n'avons pu observer aucune tache de développement récent.

Le cuir chevelu présente une dizaine de taches lenticulaires, atrophiques, alopeciques, brunâtres, lisses ou recouvertes de squames sébacées, particulièrement au voisinage de leurs bords.

Au visage, on voit, presque exclusivement sur la partie supérieure et

interne des joues et sur le nez, des taches de dimensions moyennes, au niveau desquelles il y a une atrophie prononcée, au nombre d'une trentaine. Quelques taches à bords calleux se voient sur le pavillon des oreilles, presque exclusivement au voisinage de l'ourlet.

Aux poignets et aux mains, les lésions sont, au total, au nombre de 30 à droite et de 20 à gauche; elles ont un bord plutôt calleux, particulièrement celles qui sont développées au voisinage des articulations; sur la face palmaire on ne constate que quelques taches au niveau des doigts. Les pieds sont peu intéressés; les régions plantaires sont respectées.

Les régions périunguéales sont également respectées et il n'y a pas d'altérations unguéales.

Au niveau des organes génitaux, le scrotum seul présente, sur sa face antérieure, une dizaine de taches nummulaires, irrégulières, à bordure mince et régulière, continue, entourée en dehors et en dedans d'une ligne rouge vif; la zone interne de ces taches est le siège d'une légère atrophie.

Les muqueuses conjonctivale, nasale et buccale ne présentent rien d'anormal.

Le malade se plaint seulement d'une douleur, d'intensité variable, produite par la pression de la chaussure, et d'une sensation de chaleur aux pieds qui l'oblige à les tenir hors de ses couvertures pendant la nuit.

Obs. III. — Pierre Petr..., fils de Dominique, originaire de Riglione, journalier, âgé de 75 ans, marié, ayant des enfants, pensionnaire de l'Asile de mendicité de Pise (1).

Ce malade croit être seul de sa famille atteint de la dermatose qui nous intéresse.

Ses grands-parents, qu'il a connus, n'auraient pas présenté, autant qu'il peut se rappeler, d'affections cutanées. La grand'mère paternelle est morte d'un épithélioma de la joue.

Ses parents, morts âgés tous les deux, et ses oncles auraient été absolument indemnes de maladie de peau. Sa femme, qui est encore vivante et en bonne santé quoiqu'elle soit âgée de 67 ans, a eu 8 grossesses, dont une seule terminée par un avortement. De ses 7 enfants, il ne lui reste que 3 filles qui sont mariées et ont des enfants. De ses autres enfants, 3 sont morts en bas âge (deux du croup), le 4^e est mort à 33 ans de pneumonie. Ni ses enfants ni ses petits-enfants n'ont jamais eu sur la surface de la peau de lésions analogues à celles de notre malade.

Il n'a jamais, autant qu'il se rappelle, souffert d'autres maladies que des fièvres paludéennes à type tierce, ayant duré trois mois environ à l'âge de 18 ans.

Dix ans plus tard, après une grande frayeur causée par une attaque à main armée, il fut atteint de furonculose disséminée, plus intense aux membres inférieurs, dont il souffrit pendant plusieurs mois.

Au bout de quelques années (le malade ne peut préciser l'époque), il

(1) Dans la troisième publication faite par l'un de nous sur cette maladie, il n'a pas été possible d'étudier convenablement ce malade, parce qu'il s'est soustrait à l'examen. Nous avons pu l'examiner de nouveau et plusieurs fois, toujours à l'Asile de mendicité de Pise.

s'est produit une petite tache, légèrement saillante, de consistance dure, au sourcil droit, qui s'élargit peu et lentement, sans produire aucun trouble et, au bout de quelques années, alla en s'atténuant jusqu'à disparaître. D'autres taches analogues apparurent successivement sur le visage, puis sur le dos de la main droite, au scrotum, sur le dos de la main gauche, sur le dos des pieds et sur les jambes.

On ne peut savoir à quel intervalle de temps ces diverses localisations se sont succédé et si l'affection a eu ou non une marche progressive régulière ; il semble seulement qu'on puisse assurer que depuis sept ou huit ans, il ne s'est pas développé de nouvelles lésions.

Les sensations subjectives ont toujours été assez légères, et ont consisté en un prurit léger dans quelques-uns des points affectés, plus souvent en douleurs correspondant aux taches des pieds qui sont le plus exposées aux pressions.

Chez ce malade, comme chez les autres, les lésions des pieds se sont accompagnées d'une sensation localisée de chaleur ou même de brûlure, qui s'accentue surtout quand il est au lit.

Dans les sillons génito-cruraux et autour de l'anus, depuis quelque temps, en même temps qu'un prurit pénible, il y a un léger degré de rougeur et d'humidité de la peau.

Sur la muqueuse buccale, le malade n'a jamais éprouvé aucune sensation qui l'ait conduit à constater les lésions qui s'y trouvent.

Etat actuel (16 novembre 1897). — Taille ordinaire, développement du squelette normal, muscles flasques avec atrophie notable des muscles des mains, pannicule adipeux très mince, coloration générale de la peau blanc pâle, avec atrophie cutanée en rapport avec l'âge ; en quelques régions, spécialement sur les membres, il y a une légère desquamation furfuracée.

Les cheveux sont presque complètement blancs ; ils manquent presque absolument dans toute la partie supérieure de la région frontale, mais persistent touffus sur le reste du cuir chevelu.

Le malade, en raison d'une sensation de faiblesse dans les membres inférieurs qui quelquefois s'accentue au point de rendre incertaine la station verticale, a besoin d'un bâton et marche lentement en se courbant un peu en avant. Il a une légère opacité en taches sur les cornées, et une légère opacité du cristallin ; les muqueuses sont d'un rose pâle ; les dents sont toutes tombées et il y a une involution très accentuée des bords alvéolaires.

Les lésions cutanées occupent la tête, la région scroto-périnéale, les mains et les pieds, presque exclusivement sur leur face dorsale, et le tiers inférieur des jambes.

Tête. Cuir chevelu. — Dans la partie la plus élevée du front, qui est devenue alopecique, on compte une dizaine de taches de la dimension d'une petite lentille, arrondies ou ovalaires, assez régulières, bien circonscrites par une bordure presque filiforme, légèrement jaunâtre, uniforme et constituée par de très petites saillies qui se touchent les unes les autres et qui correspondent aux orifices folliculaires. La zone circonscrite par cette bordure, légèrement atrophique, conserve la couleur de la peau saine, à l'exception d'une petite tache placée sur la partie médiane du

front, un peu plus large que les précédentes et dont la périphérie, sur une largeur d'environ un millimètre, est congestionnée.

Sur toute l'étendue du cuir chevelu, cachées par les cheveux touffus, on voit quelques petites taches lenticulaires disséminées, légèrement saillantes dans leur totalité, jaunâtres, à surface inégale par suite de la saillie plus considérable de leur partie périphérique, dont le plus grand nombre sont un peu onctueuses au toucher. Les cheveux correspondants à ces taches sont très peu éclaircis et résistent normalement à la traction. Avec l'ongle, on parvient facilement à enlever le revêtement sébacé-corné des petites taches, et le cuir chevelu se présente avec sa couleur normale sans qu'il se produise de suintement sanguin. Dans la région sous-occipitale, à un examen attentif, nous avons pu découvrir une très petite saillie cornée, plate, traversée à son centre par un cheveu. En enlevant avec l'ongle la partie superficielle de la saillie, on constatait un très petit cercle entourant un orifice folliculaire.

Visage. — La partie inférieure du front et les paupières sont complètement épargnées; il n'y a qu'un petit nombre de lésions disséminées sur la moitié externe des sourcils, sur les joues, tant sur leur portion glabre que sur leur portion velue, et sur la partie supérieure de la lèvre supérieure. Au contraire, les lésions sont plus nombreuses et rapprochées sur le nez, la région préauriculaire droite et les pavillons des oreilles, surtout le gauche.

Les rares lésions des joues et des sourcils, au nombre de 8 en tout, sont sublenticulaires ou lenticulaires et reproduisent les caractères décrits dans la partie antérieure, alopecique du cuir chevelu; dans la région préauriculaire droite, les lésions, groupées au nombre de 4, sont plus larges, polycycliques, rappelant le dessin d'une carte géographique; elles sont atrophiques à leur centre, elles ont la couleur de la peau normale, quelques-unes sont légèrement hyperhémiques; la bordure qui les limite est inégale, presque granuleuse, interrompue en quelques points, repose sur une base un peu saillante et manifestement hyperhémique sur presque toutes les taches.

Sur les pavillons des oreilles, les lésions, modérément nombreuses, sont polycycliques et irrégulières, mais, contrairement aux précédentes, elles sont peu apparentes, présentent une atrophie de l'aire centrale à peine appréciable et un relief périphérique minime, presque uniforme sur quelques-unes, formé sur la plupart de petits grains cornés disposés en série. Au contraire, les très rares taches du bord du pavillon, principalement à gauche, sont rendues beaucoup plus apparentes par la présence d'amas cornés qui occupent, non seulement la zone périphérique, mais aussi une partie de l'aire que celle-ci limite.

A l'examen du nez, on note un groupe de 4 petites taches lenticulaires plus ou moins rondes, à bordure mince et bien marquée, dont le centre est légèrement atrophique; ce groupe occupe la région de la glabella à gauche et en bas, tandis que sur la partie moyenne du dos du nez, sur le lobule et sur la narine gauche, on note 2 taches nummulaires, polycycliques, dont la supérieure, beaucoup plus distincte, avec un bourrelet très net, est un peu irrégulière par suite de la présence de petites saillies cornées, et présente

une aire incluse atrophique et pâle ; la tache inférieure au contraire, a des limites peu précises, sauf sur une petite partie de son étendue en haut, et toute son aire incluse, tout en étant le siège d'une atrophie à peine appréciable, présente un grand nombre de petites saillies toutes semblables et presque équidistantes, d'un jaune brunâtre ; lorsqu'on les a enlevées avec l'ongle, il est facile de constater qu'elles obturaient, à la manière d'un bouchon, les orifices folliculaires modérément élargis ; enlevées et écrasées entre les doigts, elles apparaissent formées par un mélange de substance cornée et de matière sébacée.

Plusieurs saillies analogues, mais moins évidentes, sont disséminés sur les pommettes, où elles ne sont pas incluses dans des taches annulaires.

Membres supérieurs. — Les mains sont seules intéressées et, des deux côtés, les lésions occupent exclusivement la face dorsale ; elles sont plus nombreuses sur les métacarpiens et assez peu nombreuses sur les doigts. On en compte 15 sur la région des métacarpiens des deux mains, 5 sur les doigts de la main gauche et 7 sur les doigts de la main droite. L'annulaire et le pouce droit, le médius gauche sont respectés.

Le plus grand nombre de ces taches sont en forme de gouttes ou même de la largeur d'une pièce d'un centime, mais quelques-unes sont lenticulaires ou sublenticulaires, presque toutes sont arrondies, quelques-unes sont polycycliques. Les plus grandes occupent de préférence le dos des régions métacarpiennes et les plus petites le dos des doigts.

Elles ont une coloration rouge-brun et, tout en présentant un aspect modérément atrophique, sont les unes au même niveau que la peau saine du voisinage, les autres déprimées, d'autres encore légèrement saillantes ; sur ces dernières, la surface, au lieu de paraître lisse comme sur les autres, est inégale et en partie recouverte de squames. La bordure sur le plus grand nombre de ces taches est nette, régulière, cornée, avec un sillon plus ou moins apparent ; sur quelques-unes, il y a une petite lamelle cornée bien distincte qui s'insère sur le fond du sillon.

Sur le dos du 2^e métacarpien gauche, on voit un petit cylindre corné haut de 2 millimètres, et mesurant également 2 millimètres de diamètre environ ; après avoir enlevé ce cylindre, on voit qu'il est excavé au niveau de son implantation et il laisse à découvert une petite saillie légèrement convexe rougeâtre, à surface inégale, presque papillomateuse, circonscrite par une dépression linéaire.

Organes génitaux. — Une petite tache lenticulaire avec un fond hyperhémique, légèrement saillante en totalité, avec un bord peu élevé, et une aire incluse légèrement atrophique se voit à droite du raphé, au milieu de la hauteur de la verge ; 3 petites taches, sublenticulaires, disposées en groupe, présentant les mêmes caractères que la précédente, siègent à l'angle scroto-pénien.

On voit, au contraire, de nombreuses lésions sur le scrotum, qui n'est indemne que dans la partie qui vient s'appliquer contre les cuisses ; ces lésions se disposent de préférence en groupes. De dimensions très variées, les unes lenticulaires, les autres nummulaires, elles sont tantôt arrondies, tantôt irrégulières et de configuration très bizarre, en forme de feuille de trèfle, de feuille de lierre, etc. Leur couleur ne diffère pas de la

couleur rouge-brun de tout le scrotum et même l'aspect de la zone centrale, qui présente des sillons et des saillies affectant toutes les directions, reproduit exactement celui de la peau saine du voisinage. La hordure est constituée par une sorte de mince fil jaunâtre, qui repose sur une étroite zone un peu plus saillante que le reste de la tache et mesurant environ 1 millimètre de large. Une tache de forme elliptique très allongée (3 centimètres de long sur environ 1 centimètre de large) à droite du raphé scrotal et parallèlement à celui-ci, présente un notable épaissement corné de la bordure, surtout dans sa moitié postérieure.

Quelques lésions très petites, disséminées sur la face antérieure du scrotum, méritent une mention spéciale. L'une d'elles, uniquement représentée par un relief mesurant à peine 1 millimètre de large et haut de 4 millimètres, cylindro-conique, recourbé comme un ongle d'oiseau, d'aspect et de consistance cornés, repose sur la peau d'apparence normale ; en le pressant latéralement, on peut l'incliner dans tous les sens sans qu'il se détache, il semble solidement fixé ; 3 autres lésions ont l'aspect de saillies miliaries, de 1 millimètre de haut, aplaties, entourées d'une mince collerette ayant à peu près la même hauteur que la saillie qu'elle renferme ; saillie et collerette ont l'aspect corné ; la peau environnante ne présente pas de modifications apparentes.

Sur la région périnéale, on compte une dizaine de taches, la plupart nummulaires, quelques-unes se touchant ou même partiellement confondues par suite de l'effacement très notable de leurs points de rencontre, forment une sorte de couronne autour de l'an us, dont elles sont séparées par une distance d'environ 1 centimètre ; ces taches présentent un bord assez large, corné, inégal par suite de la présence de saillies verrucoides.

Dans les régions inguino-scrotales et dans l'étroite zone périnéale limitée en dehors par les taches ci-dessus décrites, la peau est rouge, en partie légèrement suintante, en partie desquamée et légèrement infiltrée.

Membres inférieurs. — Rien à noter sur la cuisse droite ; sur la cuisse gauche, au contraire, on trouve 2 petites taches, dont l'une, sublenticulaire, correspondant au bord supérieur de la rotule, et l'autre, à peine de la dimension d'une goutte, est située à 2 travers de doigt au-dessus de la précédente ; la première a une surface plane avec une légère desquamation, la seconde présente une bordure très fine entourant une aire manifestement atrophique.

Jambe droite. — Deux petites taches lenticulaires siègent à la partie antérieure au niveau du bord inférieur de la rotule, et une, sublenticulaire, un peu plus bas et en dedans. Elles ont un niveau un peu plus élevé que la peau du voisinage et sont légèrement squameuses sur toute leur surface, de coloration blanc sale. En enlevant partiellement avec l'ongle le revêtement squameux de ces taches, on constate qu'une mince bordure blanchâtre entoure une aire centrale très légèrement atrophique.

A l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la même jambe, on voit à la partie antérieure une petite tache lenticulaire et à la partie interne une tache de 1 centimètre de large, toutes deux ont une aire centrale à peine atrophique et une bordure très mince. Dans l'aire centrale de la 2^e, se voit, à la manière d'une île, une très petite tache annulaire

reproduisant en miniature les caractères de celle dans laquelle elle est incluse. Une 3^e tache, occupant le côté postéro-externe, ne dépasse pas la largeur d'une lentille, est saillante en totalité, calleuse et a l'aspect d'une petite corne cutanée, comme celle qui a déjà été décrite sur la face dorsale de la main gauche.

Jambe gauche. — Elle est aussi le siège de taches petites et peu nombreuses : 4, toutes lenticulaires, occupent son tiers supérieur, 3 d'entre elles sur le côté de l'extension, et 1 sur le côté de la flexion; 2 occupent la limite du tiers moyen et du tiers inférieur, l'une antérieure, lenticulaire, l'autre sur le côté interne, nummulaire. Elles ont toutes une aire centrale légèrement atrophique et une bordure blanchâtre peu saillante.

Pied droit. — Une grosse tache nummulaire et irrégulière occupe la partie moyenne du cou-de-pied. Elle est atrophique à sa partie centrale, va en se relevant vers la périphérie pour se continuer avec le relief marginal, qui est notablement calleux, avec un sillon bien marqué et une petite lamelle cornée qui le parcourt. 4 taches occupent le dos du pied, 2 sur le côté externe et 2 sur l'interne, de la largeur d'une pièce de 2 centimes à celle d'une petite goutte, et sont d'un blanc sale, légèrement saillantes en totalité, avec une surface légèrement squameuse. Une petite tache lenticulaire, placée sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du 2^e orteil, est fortement calleuse dans toute son étendue et rappelle celle qui a été décrite sur le dos du 2^e métacarpien gauche. Ici encore, lorsqu'on a enlevé la saillie cornée, on voit une surface saillante, un peu rouge, irrégulière et papillomateuse.

Dans la région plantaire, il y a une seule petite tache au voisinage de son bord externe, correspondant à l'interligne articulaire tarso-métatarsien; cette tache est lenticulaire, sous forme d'une saillie dure, jaunâtre, assez douloureuse à la pression, qui pourrait être prise pour une callosité vulgaire; mais lorsqu'on enlève la saillie à sa base au moyen d'un rasoir on voit une lésion en forme de biscuit, sur laquelle on constate assez nettement le sillon limitant.

Pied gauche. — Sur ce pied, les lésions occupent exclusivement la région dorsale. 7 taches, très voisines les unes des autres, se trouvent sur le cou-de-pied, deux lenticulaires, deux en gouttes, 3 nummulaires, quelques-unes arrondies, d'autres, les plus grandes, polycycliques et irrégulières. Deux d'entre elles reproduisent parfaitement les caractères de l'unique tache qui occupe le cou-de-pied droit, tandis que les autres taches, et même qu'une tache nummulaire polycyclique occupant la malléole interne et 2 taches en gouttes irrégulières, situées sur le dos de la région métatarsienne, reproduisent les caractères des lésions constatées sur le dos du pied droit.

Une tache nummulaire, irrégulière, polycyclique, recouverte de squames très développées sur toute son étendue, entourée d'un sillon très visible surtout en quelques points de sa circonférence, occupe le côté externe du calcanéum et est assez douloureuse. Sur les orteils, il n'y a qu'une tache, occupant la face interne du 4^e orteil au niveau de l'articulation phalangino-phalangienne; cette tache, lenticulaire, est blanchâtre et recouverte d'épiderme macéré dans sa moitié inférieure, dure, cornée, avec un bord assez saillant dans sa moitié supérieure.

Il est à noter que le tiers inférieur des jambes et les pieds sont un peu œdémateux, et que la peau, de couleur rouge foncé légèrement violacé, est le siège d'une légère desquamation.

Les taches qui occupent ces régions, surtout celles qui sont peu calleuses, ont, elles aussi, une coloration rouge foncée et quelques-unes ont même une coloration plus intense que la peau environnante.

Aucun ongle n'est déformé.

Muqueuses. — Toutes les dents sont tombées et il y a une involution très avancée du bord alvéolaire. Toute la muqueuse buccale a une coloration rose pâle et un aspect tout à fait normal; cependant, à un examen attentif, on constate la présence de 3 petites taches, bien circonscrites, dont 2 occupent la face interne des joues, l'une de chaque côté et une la voûte palatine.

Celle qui occupe la joue droite est située au milieu de celle-ci, un peu au-dessus du sillon interdentaire, elle est sublenticulaire, arrondie, à surface lisse, très légèrement déprimée, opaline au centre, d'un blanc opaque à la périphérie, avec une bordure nette et à peine saillante.

Celle qui occupe la joue gauche, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen, assez près du cul-de-sac supérieur, a la dimension d'une grosse lentille, elle est arrondie, à bords sinueux. Contrairement à la précédente, elle est limitée par une saillie d'un blanc opaque, très mince, semblable à un fil sinueux; l'aire interne est légèrement et uniformément opaline.

La petite tache de la voûte palatine est située à la partie antérieure de celle-ci, dans une des dépressions digitées et un peu à gauche; elle est sublenticulaire, également arrondie, légèrement saillante en totalité, en forme de calotte, opaline, circonscrite par un étroit sillon.

À la partie postérieure de la voûte palatine, on voit de simples dépressions punctiformes, d'un rouge sombre, en petit nombre, disséminées, dont quelques-unes sont entourées d'une étroite couronne très légèrement opaline.

Le 12 janvier, on enleva les 3 taches de la muqueuse, on les fixa dans l'alcool absolu et on les colora en masse au carmin lithiné; elles ont été incluses dans la paraffine et coupées en série continue.

Le 15 janvier, on enleva les 4 petites taches miliaires du scrotum; 3 furent fixées dans l'alcool et une dans le liquide de Flemming. Les premières furent colorées en masse au carmin lithiné, les autres colorées sur coupes à la safranine. L'inclusion des premières a été faite dans la paraffine et toutes ont été coupées rigoureusement en série.

Obs. IV. — Agathe Bell..., née Del C..., âgée de 77 ans, originaire de Pontaserchio, couturière, affirme que dans sa famille son père seul, qui est mort à un âge avancé, avait été atteint dans sa jeunesse d'une affection cutanée identique à la sienne, localisée presque exclusivement aux mains et aux pieds, et que les lésions plantaires, dont il était porteur, lui rendaient la marche douloureuse. Elle n'a jamais su qu'aucun autre de ses parents fût atteint d'une maladie semblable.

Elle-même est l'aînée de neuf enfants et la seule survivante, les autres sont tous morts en bas âge de maladies qu'elle ne peut indiquer. Elle ne se rappelle pas avoir jamais souffert de maladies de quelque importance.

Mariée à l'âge de 21 ans, elle a eu cinq enfants, dont le premier et le cinquième sont morts à moins d'un mois ; il lui reste deux fils et une fille ; celle-ci et le deuxième des fils sont atteints actuellement de la même maladie que leur mère. Son mari, qui aurait été indemne, est mort de catarrhe intestinal chronique à l'âge de 83 ans.

La malade était âgée de 35 ans quand elle commença à remarquer quelques petites taches sur les mains, presque simultanément à droite et à gauche ; ces taches se sont multipliées dans la suite avec une grande lenteur.

Peu après l'apparition des premières lésions sur les mains, il commença à s'en manifester sur le pied gauche et, beaucoup plus tard, quand ce pied en présentait déjà le nombre qu'on peut actuellement y constater, on vit s'en produire aussi sur le pied droit.

Depuis plusieurs années déjà, la malade n'aurait plus constaté l'apparition de nouvelles taches sur la peau. Il n'a pas été possible d'avoir des renseignements plus précis.

Tandis que les lésions des mains ne causent pas à la malade de gêne appréciable, au contraire celles des pieds et plus particulièrement quelques-unes d'entre elles sont douloureuses, surtout sous l'influence de la pression de la chaussure.

La malade n'avait aucune notion de l'existence des légères lésions qu'elle porte sur le visage, ni de celles de la muqueuse buccale.

Obligés d'examiner cette malade dans sa maison, dans une chambre qu'elle partageait avec les autres personnes de sa famille (18 janvier 1898), nous avons été forcés de limiter notre examen à la tête, aux mains et aux pieds, en déterminant le siège des lésions sur les diverses régions et leurs caractères principaux, sans avoir la possibilité d'en recueillir une description très détaillée.

Au visage, les lésions consistent en saillies peu nombreuses et très petites représentées par une partie centrale en forme de cône tronqué, et une très mince collerette séparée de la partie centrale par un mince sillon.

Aux mains, au contraire, les lésions sont assez nombreuses ; on en voit une trentaine sur la main droite et une vingtaine sur la main gauche, occupant presque exclusivement leur face dorsale, principalement dans la région métacarpienne ; ces taches sont toutes annulaires, les unes lenticulaires, les autres en gouttes, toutes présentent une aire centrale assez calleuse et légèrement concave et ont pour limite une mince saillie, ou un sillon limité en dehors par une légère saillie cornée, qui s'abaisse progressivement vers la périphérie. Sur le sillon on peut rarement distinguer une petite lamelle qui s'élève isolément de son fond et où on ne l'aperçoit souvent pas au premier abord, on peut la rendre assez évidente en écartant les lèvres du sillon et en le pressant par places dans le sens de sa longueur ; alors la lamelle cornée se détache çà et là de la circonférence de l'aire centrale, à laquelle elle adhérerait modérément.

Sur les régions palmaires, on constate cinq ou six taches annulaires très peu larges, à caractères très atténués.

Aux pieds, au contraire, on trouve sur leur face dorsale quelques taches nummulaires ou en gouttes, à bordure assez calleuse et à aire centrale

atrophique. L'une d'elles en goutte, arrondie, occupant la limite interne de la voûte plantaire du pied droit, mérite une mention, en raison de ce qu'elle est très saillante en totalité et recouverte sur toute sa surface de saillies calleuses analogues à des dards.

La malade se plaint uniquement de douleurs aux pieds, et particulièrement au niveau de la dernière lésion décrite, douleurs provoquées par la pression, spécialement dans la marche et aussi survenant spontanément.

Sur la muqueuse buccale, on ne constate que trois petites taches miliaires, formées chacune par une saillie opaline, plate, entourée d'une zone rouge vif, assez large relativement aux dimensions des taches. Ces taches occupent toutes les trois la voûte palatine, deux sont situées à droite du raphé et une à gauche.

Oss. V. — Torello Bel..., fils du sujet de l'observation précédente, originaire de Pise, âgé de 48 ans, célibataire, journalier, n'a jamais eu de maladies vénériennes et ne s'est jamais aperçu de symptômes qui puissent faire penser à une infection syphilitique. A 17 ans, il a été atteint d'un érysipèle du visage et peu après d'une varioloïde. Il y a environ un an, il a été opéré d'hémorroïdes. Il fume modérément et ne boit pas.

L'affection cutanée pour laquelle il est resté quelques jours à la Clinique dermo-syphilopathique de Pise au mois de janvier 1893 (1) a débuté à l'âge de 18 ans, sur le pied droit, où, dans l'espace de quatre ans, il s'est produit successivement onze taches, quelques-unes presque simultanément, d'autres à intervalle d'un an environ; ces taches laissaient intacts la région plantaire et les orteils. C'est seulement quelques années plus tard, peut-être dix ans environ après l'apparition des dernières taches sur le pied droit, qu'ont commencé à apparaître d'autres taches sur le pied gauche et il s'en produit quatre dans l'espace d'environ trois ans; d'autres se montrèrent beaucoup plus tard. Sur ce pied, comme sur l'autre, la région plantaire et les orteils ont été épargnés. Sur les deux mains, les lésions se sont produites presque simultanément, vers l'âge de 20 ans, et elles se sont succédé sans long intervalle; il s'est développé, en effet, à intervalle de quelques mois ou d'un an les unes des autres, quatorze taches sur la main droite et sept sur la main gauche. Sur les mains aussi, elles se sont limitées à la face dorsale, à l'exception de quelques petites taches survenues très récemment, après qu'il s'était passé quatre ou cinq ans depuis l'apparition des dernières taches.

Également au moment du premier début de la maladie, il s'est produite une petite tache sur la face postérieure de la jambe gauche, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, et une autre sur la face interne de la cuisse droite, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur.

Sur le visage, les premières taches se sont manifestées vers l'âge de 30 ans, d'abord sur le nez, puis, successivement, à courts intervalles, sur les joues, les lèvres et les pavillons des oreilles.

(1) L'observation de ce malade figure sous le numéro 6 dans le premier mémoire de l'un de nous. Comme, à cette époque, il en a été fait, pour ainsi dire, à peine mention, nous profitons de l'occasion que nous avons de la donner avec plus de détails et d'y ajouter la description clinique des lésions tant de la peau que des muqueuses.

Le malade assure que les diverses lésions, qui se sont élargies très lentement et qui se sont arrêtées dans leur développement à des dimensions très variables, ont toutes persisté, excepté les deux premières, qui occupaient le côté externe du pied droit; ces taches, qui avaient atteint la dimension d'une pièce de deux centimes, disparurent trois ans environ après leur apparition.

État actuel (16 janvier 1898). — Développement du squelette et des muscles normal, pannicule adipeux peu épais, nutrition générale peu développée, peau brune, cheveux châtain foncé, tachetés de blanc.

L'affection cutanée occupe de préférence le visage, les mains et les pieds (presque exclusivement sur leur face dorsale) et quelque peu aussi le cuir chevelu et le scrotum.

Sur le *visage*, les parties spécialement intéressées sont le nez et les pommettes. Dans ces régions, les taches, au nombre de trente environ, sont très petites, un très petit nombre de la dimension d'un grain de mil, le plus grand nombre sublenticulaires, de formes variées, arrondies et irrégulières; leur bordure est très évidente, mais n'est pas toujours continue et est de hauteur inégale; elle a une coloration brun jaunâtre; la dépression centrale, punctiforme sur les taches les plus petites, présente un aspect atrophique plus ou moins prononcé sur les plus grandes. Une très petite tache, développée sur le dos du nez, forme une saillie conique à peine marquée, entourée d'une mince collerette, l'une et l'autre sont jaunâtres, d'apparence et de consistance cornées. Sur la lèvre supérieure, on remarque deux petites taches arrondies, lenticulaires, alopeciques et hypochromiques, qui ont une apparence atrophique marquée. Des deux pavillons des oreilles, le droit est seul intéressé et présente trois petites taches également lenticulaires, situées le long de son bord, à bordure calleuse, à aire centrale assez atrophiée.

Sur le *cuir chevelu*, on voit un très petit nombre de petites taches lenticulaires, sensiblement atrophiques et alopeciques, au niveau desquelles les orifices folliculaires sont peu ou pas visibles; ces taches ne sont pas pigmentées, et sont le siège d'une légère desquamation pityriasique, qui s'observe d'ailleurs à un léger degré sur tout le cuir chevelu, lequel présente une légère alopecie sénile précoce.

Au *cou*, les rares petites taches que l'on y voit, occupent de préférence la région postérieure et sont le siège d'une atrophie superficielle, avec une bordure très mince; elles sont si peu développées qu'elles passeraient inaperçues, sans un examen très attentif fait à jour frisant et en tendant la peau, qui est chez ce malade très brune et sillonnée dans cette région de plis profonds.

A la *main droite*, on compte quatorze taches, parmi lesquelles une seule occupe la face palmaire. Celles qui sont développées sur le dos de la main sont ainsi distribuées: trois très rapprochées les unes des autres, en gouttes, annulaires, sont situées le long du bord radial du premier métacarpien; deux ont une aire centrale déprimée et une bordure légèrement calleuse, une au contraire est un peu calleuse même dans son aire centrale. Deux, très rapprochées l'une de l'autre, dont une miliaire et une sublenticulaire, à bordure à peine saillante, divisée longitudinalement par

un sillon peu marqué et ayant une aire centrale un peu atrophique, sont situées entre le troisième et le quatrième métacarpiens.

Une tache ovalaire allongée, mesurant environ 2 centimètres de long et 1 centimètre de large, à bord très large et calleux, avec un sillon assez prononcé et une aire centrale atrophique, se voit sur le bord cubital du cinquième métacarpien.

Deux taches lenticulaires très voisines, dont l'une est un peu plus large que l'autre, à bordure un peu moins calleuse que la précédente, occupent la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Sur le dos de l'articulation phalango-phalangienne du médius et un peu sur son bord externe, on voit une tache à direction oblique, plus grande que toutes les autres, longue d'environ quatre centimètres et large d'un centimètre et demi, avec une bordure très calleuse et irrégulière sur laquelle existe un sillon évasé, et une aire centrale également calleuse, mais à un degré un peu moindre que la bordure. Au voisinage de cette tache, il y a une petite tache lenticulaire légèrement calleuse sur toute son étendue. Le dos de l'articulation phalango-phalangienne de l'annulaire présente deux petites taches voisines l'une de l'autre, l'une miliaire et l'autre lenticulaire, avec une bordure légèrement calleuse et uniforme et une aire atrophique. Sur le bord cubital de la phalange de l'auriculaire, il y a une petite tache lenticulaire légèrement calleuse dans toute son étendue, avec une bordure saillante et un sillon assez prononcé.

La seule tache de date très récente, qui occupe la face palmaire de la main, à la base de l'éminence thénar, quoiqu'elle dépasse à peine la dimension d'un grain de mil, laisse voir une petite saillie arrondie, jaunâtre, cornée, entourée d'un étroit sillon et, en dehors de celui-ci, d'une zone calleuse plutôt large.

Main gauche. — On voit sept taches disséminées sur le dos de cette main; l'une d'elles est en goutte, réniforme, avec une bordure légèrement calleuse, correspondant à l'extrémité inférieure du troisième métacarpien. Deux taches lenticulaires, l'une un peu plus large que l'autre, à bords légèrement calleux, occupent l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Deux autres taches voisines, l'une sublenticulaire, l'autre lenticulaire, identiques aux précédentes, siègent sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Sur le bord radial de ce doigt, on voit aussi deux petites taches voisines l'une de l'autre, un peu plus calleuses que les précédentes.

Poignet gauche. — On voit sur sa face dorsale 2 taches presque lenticulaires, un peu atrophiques, à bord mince mais bien net.

Avant-bras. — Sur leur face dorsale, dans sa moitié inférieure, on distingue à peine quelques rares petites taches de la dimension d'un grain de millet ou d'une lentille, à bord très mince, que l'on peut enlever avec l'ongle, comme on ferait d'un fil collé sur la peau et qui laisse à sa place une marque linéaire légèrement hyperhémique.

Pied droit. — À son extrémité antérieure, sur le côté externe du premier métatarsien, à peu de distance l'une de l'autre, au point où le malade affirme qu'il a constaté les deux premières lésions, on voit 2 aires d'un rouge brun, hyperhémiques, très légèrement atrophiques.

Sur le dos du pied, il y a un groupe de 4 taches, dont 3 sont nummu-

lares et une lenticulaire, irrégulière, à bordure très nette, implantée sur une base rouge brun, avec un sillon et un liséré bien nets, et une aire centrale atrophique.

Dans la région sous-malléolaire externe, en remarque 2 taches nummulaires, irrégulièrement arrondies, tangentes l'une à l'autre ; leurs bords sont fortement calleux, hauts de 7 à 8 millimètres, anfractueux avec des saillies cornées semblables à des aiguilles et occupant les trois quarts de la circonférence de l'une de ces taches, la circonférence entière de l'autre. On trouve sur ce bord un sillon à peine visible sur quelques points de son étendue ; l'aire centrale de ces taches est atrophique. En coupant la bordure calleuse à la moitié environ de sa hauteur et assez loin de sa base, on remarque que certains points donnent issue à des gouttelettes de sang.

En arrière de ces taches, sur le bord externe du calcanéum, il y a une tache, également nummulaire, irrégulièrement arrondie, calleuse dans toute son étendue, déprimée à sa partie centrale, entourée d'un sillon et d'une petite lamelle qui s'élève de son fond.

Une tache presque nummulaire, dont la forme assez bizarre rappelle celle d'un biscuit recourbé sur lui-même, siège en avant de la malléole interne : elle a une aire centrale atrophique et une bordure uniforme, très nette, mais peu saillante.

Enfin, le long de la partie moyenne du bord interne de l'arcade plantaire, il y a une tache allongée, en 8 de chiffre, mesurant 5 centimètres sur 1 centimètre et demi, à bord large et fortement calleux, qui laisse voir seulement sur quelques points un sillon assez distinct. L'aire centrale, également très calleuse, se continue avec la callosité du bord.

Pied gauche. — Sur le cou-de-pied, on voit une tache, grossièrement quadrangulaire, de 2 centimètres et demi sur 1 centimètre et demi, reproduisant les caractères du groupe de taches de la région correspondante du pied droit.

Une autre tache, en goutte, à bordure mince, régulière, est située en dehors de la précédente.

Au niveau de la tête du premier métatarsien, existent 2 taches, l'une lenticulaire, l'autre en gouttes, avec un bord légèrement calleux, un sillon et un liséré bien marqués.

Deux taches en gouttes, occupant l'une la face dorsale de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième doigt et l'autre la face dorsale du premier métatarsien, ont une aire centrale atrophique et un bord légèrement saillant et régulier.

Au voisinage de la dernière de ces 2 taches, dans la région sous-malléolaire externe, une petite tache apparue depuis moins d'un mois est constituée par une petite saillie cornée lenticulaire et repose sur une large base calleuse, comme celle qui est développée, sur la main droite, à la base de l'éminence thénar.

Sur tout le reste des membres inférieurs, on trouve 2 lésions, l'une représentée par une atrophie très superficielle, à peine appréciable, de la dimension d'une pièce de 1 centime, occupant la face postérieure de la jambe gauche, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, et une tache

en goutte, annulaire, à bordure très mince et à aire centrale légèrement atrophique, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la cuisse droite.

Scrotum. — Sur sa face antérieure, on constate 5 taches nummulaires, de forme bizarre, à ourlet mince, régulier, grisâtre, et dont l'aire centrale est d'aspect légèrement atrophique; sur 2 de ces taches, l'ourlet est entouré en dedans et en dehors d'une étroite zone hyperhémique.

Muqueuse buccale. — On y note seulement trois petites taches : deux en dedans de la lèvre inférieure, à gauche de la ligne médiane, miliaires, à bordure très mince et dont l'aire incluse ne diffère pas de l'aspect de la muqueuse saine de voisinage, une troisième tache, en goutte, irrégulièrement arrondie, dont la bordure saillante annulaire est assez prononcée, d'un blanc opaque, uniforme, et dont l'aire centrale est quelque peu opaline.

En ce qui concerne les symptômes subjectifs, le fait le plus important est la douleur assez forte que le malade éprouve par la pression de la chaussure et qui parfois le met dans l'impossibilité de se chausser.

Mais il est nécessaire d'ajouter que la douleur se produit souvent aussi lorsque la malade est au repos, même dans le lit, elle présente le caractère d'une douleur aiguë et intermittente au niveau des lésions, avec sensation de brûlure générale aux pieds, et le malade n'éprouve de soulagement qu'en découvrant les pieds. Il est moins tourmenté par cette douleur en hiver ou quand, pour son travail (il va souvent pêcher), il reste des heures les membres inférieurs dans l'eau.

Les lésions qui occupent les autres régions ne déterminent de troubles d'aucune sorte.

Les lésions de la muqueuse buccale n'ont jamais été constatées par le malade.

Le malade a été revu récemment, six mois environ après sa première visite de cette année. Nous avons remarqué que la petite tache de date récente qui occupait la base de l'éminence thénar droite a un peu augmenté; sa portion moyenne, entourée par le sillon, qui mesurait environ la dimension d'un grain de mil, a atteint à peu près celle d'une lentille.

Le 18 janvier 1898, on a enlevé sur le dos du nez la saillie conique large à peu près comme un grain de mil, entourée d'une très mince collerette, qui a été décrite dans l'observation.

Obs. VI. — Augusta Bell..., sœur du sujet de l'observation précédente, âgée de 42 ans, ménagère, n'a fait aucune maladie importante. L'affection cutanée actuelle daterait de deux ans seulement.

La malade, femme bien conformée et bien développée, présente un embonpoint modéré, des cheveux noirs, la peau brune, les muqueuses rosées.

L'examen objectif, que nous avons été obligé de faire dans sa maison et d'une façon très sommaire (18 janvier 1898), a dû se limiter à la tête, aux mains et aux avant-bras. Du reste, elle nous a répété qu'il n'y a aucune lésion sur les autres parties du corps. Rien à noter sur le visage, sauf quelques petites saillies, sans caractères nous permettant de nous convaincre qu'elles appartiennent à l'affection.

On ne constate rien sur le cuir chevelu, sur le cou, ni sur les muqueuses conjonctivale, nasale et buccale.

Les lésions sont limitées aux mains, et sont toutes de dimensions très restreintes.

Elles présentent la distribution et les caractères suivants :

Main droite. — Trois taches, de la dimension d'un grain de mil, occupant le dos de la première phalange du pouce, sont caractérisées par un mince sillon annulaire, entourant une minime saillie mousse, cornée et entourée à son tour par un léger soulèvement de la peau ayant lui aussi l'aspect et la consistance de la corne. Une tache analogue se voit sur le dos de la première phalange du médius et une sur l'auriculaire, de dimensions peut-être un peu moindres, mais plus nettement calleuse.

Main gauche. — On y voit 2 taches analogues à celles qui viennent d'être décrites, l'une sur le bord radial de l'éminence thénar près de sa base, et une un peu plus calleuse sur le bord interne de la pulpe du pouce.

Sur la paume des 2 mains, on constate en tout 5 taches, 2 à droite et 3 à gauche, submiliaires, presque imperceptibles, mais néanmoins appartenant indubitablement à l'affection, car elles sont constituées par une légère saillie entourée d'un petit sillon, lequel est entouré d'une légère saillie qui s'abaisse progressivement vers sa partie externe.

La malade n'accuse pas de troubles importants ; elle éprouve seulement par moments un léger prurit au niveau des taches et une douleur modérée au niveau de la lésion de la pulpe du pouce gauche, au cours de ses travaux manuels. Elle n'avait pas remarqué la présence des petites lésions des paumes des mains, ni celle des lésions de l'auriculaire droit.

Famille Bell...

Laurent Del C..., †.

Agathe Del C... (seule atteinte des neuf enfants), mariée à Bell...

Pellegrino Bell... (enfant mort à 10 jours); Auguste Bell..., **Torello Bell...**;

Augusta Bell...; Sabatino Bell... (enfant mort à 20 jours).

Oss. VII. — Faustin Din..., fils de Faustin, originaire de Vicarello di Colle Salvetti, province de Pise, âgé de 22 ans, cultivateur, s'est présenté à l'Ambulatoire de la Clinique le 19 mai 1898.

Dans les antécédents, il n'y a rien qui mérite d'être rapporté, si ce n'est l'affirmation du malade que lui, dernier d'une famille de 5 enfants, n'est pas le seul de sa famille qui soit atteint de l'affection cutanée pour laquelle il réclame nos conseils.

En ont été atteints sa grand'mère paternelle et son père, ainsi que deux oncles paternels et un frère aîné. Un autre frère et une sœur, tous deux vivants, en seraient exempts. Un frère, mort à l'âge de 10 mois, ne pré-

sentait pas de lésions cutanées qui puissent être rapportées à l'affection dont nous nous occupons ici.

Au sujet de la grand'mère paternelle et du père du malade, nous avons appris que, chez la grand'mère, l'affection était modérément développée sur le visage et que, chez le père, elle était exclusivement localisée sur le dos de la main gauche. Quant au frère atteint de la maladie et aux deux oncles paternels, que nous avons été voir dans leur maison, sans pouvoir procéder à un examen très complet de la surface cutanée, nous rapportons succinctement plus loin leurs observations.

Chez notre malade, l'affection semble avoir débuté il y a à peu près dix ans sur le visage, par une tache occupant la paupière inférieure gauche, mais nous n'avons pu obtenir aucun renseignement précis au sujet de l'ordre dans lequel les lésions se sont succédé dans les différentes régions.

État actuel (19 mai 1898). — Le malade est un jeune homme de taille et de constitution moyennes, dont le développement osseux et musculaire est régulier, l'embonpoint suffisant, la peau assez blanche, excepté sur les parties découvertes qui ont une teinte un peu brune, les cheveux et les moustaches châtains.

L'affection occupe le visage, les mains, les téguments des organes génitaux et le pied droit.

Visage. — Sur le visage, l'affection occupe la partie supérieure et interne des joues, où elle est représentée par des éléments bien nets, au nombre d'une douzaine. En forme de gouttes, irrégulièrement arrondis, ovalaires, annulaires, à bordure mince mais assez saillante, ils ont tous une surface rouge brun notablement atrophiee, de sorte que l'affection est apparente même à distance.

Il y a lieu de mentionner spécialement une tache de la paupière inférieure gauche, la première qui se soit développée; cette tache, qui occupe la moitié interne de la paupière, a une forme irrégulière, allongée, et présente les mêmes caractères que les précédentes; elle atteint et intéresse une partie du bord libre de la paupière, sans cependant s'étendre jusqu'à la conjonctive. La partie intéressée du bord palpébral a subi une atrophie presque cicatricielle, est irrégulièrement rétractée et dépourvue de cils, ce qui contribue à altérer encore davantage l'aspect de la physionomie du malade.

Sur la partie moyenne du front, on voit de rares et petites taches sublenticulaires, à ourlet fin, dont l'aire incluse est à peine atrophique; des taches identiques se voient au nombre de 4 sur le nez et en nombre égal sur le menton.

Sur le pavillon de l'oreille, au niveau de l'anthélix, il y a 2 petites taches, une de chaque côté, toutes les 2 annulaires, ne différant pas des précédentes; celle de droite est arrondie et sublenticulaire, celle de gauche de forme ovale irrégulière et de la largeur d'une lentille.

Sur le bord libre des lèvres, on voit six petites taches sublenticulaires, les unes rondes, les autres irrégulières, dont quelques-unes sont situées sur le bord de la lèvre au voisinage de la muqueuse. Ces taches sont limitées par une mince saillie linéaire, qui n'est bien visible qu'à la loupe; elles ont une surface plane, à peine un peu saillante, opaline; quelques-unes

de ces taches ne peuvent être constatées qu'à un examen très attentif.

Mains. — Elles sont inégalement atteintes, les lésions sont plus nombreuses sur la main gauche dont elles occupent exclusivement la face dorsale, tandis qu'à droite on en voit également une à la partie moyenne de la face palmaire. Cette dernière est la plus large et la plus nette de toutes, elle a la forme d'un ovale assez allongé avec deux étranglements dans le sens de sa longueur, ce qui fait penser qu'elle a pu résulter de la confluence de trois taches, quoique le malade affirme qu'elle lui a toujours semblé unique. Elle mesure 5 centimètres de longueur, un centimètre et demi de largeur moyenne, est d'un blanc jaunâtre, calleuse dans toute son étendue, légèrement déprimée à sa partie centrale, tandis que sa périphérie se soulève pour former un ourlet large, presque régulier, divisé sur toute sa longueur par un sillon évasé, sur lequel s'élève par places un petit liséré corné. Sur le dos de la main, on trouve seulement deux petites taches, l'une correspondant au premier métacarpien et l'autre au premier espace interosseux; toutes deux sont en forme de goutte, irrégulièrement arrondies, à bordure régulière peu marquée, à aire centrale un peu atrophique.

Sur le dos de la main gauche, on voit 4 petites taches présentant ces mêmes caractères, deux sublenticulaires correspondent à la première phalange du pouce, une autre également sublenticulaire correspond à la première phalange du médius et une autre, lenticulaire, à la première phalange de l'annulaire. Deux autres taches, qui ne diffèrent des précédentes que par leur saillie et l'aspect calleux de la totalité de leur surface, l'une sublenticulaire, l'autre lenticulaire, occupent le bord radial de la première phalange de l'index.

Une petite tache plus légèrement calleuse occupe le poignet gauche, au voisinage de la cicatrice plane d'une ancienne blessure.

Le médius de la main droite, par suite d'une fracture comminutive, a perdu une portion de sa phalangette et présente à son extrémité un petit ongle déformé.

Organes génitaux. — Les lésions occupent les téguments du scrotum et de la verge. Sur le scrotum on trouve quatre petites taches, occupant toute sa moitié gauche, de dimensions variant de celle d'une lentille à celle d'une goutte, les deux plus petites arrondies, les deux plus grandes irrégulières, toutes à bords sinueux, à bordure mince, élégante et à aire centrale très peu atrophique, ne différant pas de la couleur de la peau adjacente et présentant quelques poils bien développés. Sur la face inférieure du fourreau de la verge, on voit deux taches de caractères identiques, l'une de la largeur d'une lentille et ellipsoïde, occupant la partie moyenne de cette face, au niveau du raphé, l'autre un peu plus petite qu'une pièce d'un centime, située au voisinage de l'angle scroto-pénien, un peu à gauche.

Pieds. — Sur le pied gauche, qui est seul atteint, on voit une tache ovale sur la malléole interne, et une tache lenticulaire correspondant au bord externe du premier métatarsien; ces taches sont analogues à celles du dos des mains, mais légèrement pigmentées.

Muqueuses. — Des muqueuses externes, aucune n'est atteinte, à l'exception du bord libre des lèvres, dont les lésions ont été décrites plus haut.

La conjonctive palpébrale du côté gauche est un peu rouge, avec une légère sécrétion muco-purulente dans le cul-de-sac inférieur.

En aucune des régions atteintes, le malade n'éprouve de sensations douloureuses et même la large tache de la paume de la main droite ne lui rend ni difficile ni douloureux le travail manuel.

C'est seulement sur la portion malade de la paupière inférieure gauche que le malade éprouve quelques sensations mal définies: c'est en raison de cette lésion et de la conjonctivite consécutive que le malade s'est rendu à l'Ambulatoire de la Clinique ophtalmologique, d'où on a eu l'obligeance de nous l'adresser.

Le 25 mai 1898, on enlève la petite tache sublenticulaire, formée par une saillie centrale aplatie, entourée d'un mince sillon superficiel, bordé lui-même à sa partie externe par une collerette dont le niveau atteint celui de la saillie centrale, lésion de coloration blanc grisâtre, d'aspect et de consistance cornés, développée sur la peau saine, sur le dos de la première phalange du médius gauche. La pièce est fixée dans l'alcool absolu, colorée en masse au carmin lithiné, incluse dans la paraffine et coupée en série.

Obs. VIII. — Thomas Din... (1), âgé de 32 ans, frère du sujet de l'observation précédente, cultivateur, marié, a 3 enfants dont le premier est âgé de 12 ans et le dernier de 8 ans; ces enfants, d'après les affirmations du malade, ne présentent aucun signe de la maladie cutanée dont il est atteint; nous les avons d'ailleurs vus sans pouvoir faire un examen complet de toute la surface de leur peau, et nous pouvons affirmer que les téguments de la tête, du cou, des mains et des avant-bras, des pieds et des jambes sont dans un état tout à fait normal.

Rien d'important à signaler dans les antécédents éloignés de notre malade.

En ce qui concerne la maladie qui nous intéresse et à laquelle en réalité il attache peu d'importance, il semble que son début remonte à l'âge de 12 ans, mais il ne peut rien dire sur le siège de ses premières manifestations, sur la succession de ses lésions; il ne sait si elle progresse d'une façon continue ou par poussées, ni depuis combien de temps il n'a plus vu apparaître de lésions nouvelles.

État actuel (30 mai 1898). — Le malade se présente dans les mêmes conditions de santé générale que son frère.

En ce qui concerne les téguments, les régions intéressées sont le visage, les mains et le pied gauche.

Visage. — Chez ce malade, comme chez son frère, les lésions, qui ont d'ailleurs des caractères identiques à celles de ce dernier occupent, de préférence, la partie supérieure des joues, mais elles sont beaucoup plus nombreuses que chez le frère et leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une goutte. Elles sont également très nombreuses sur le nez et prédominent de même sur la moitié inférieure de celui-ci, y sont

(1) Nous avons été obligés d'examiner le malade dans son logement, en présence de personnes de sa famille et d'étrangers, ce qui ne nous a pas permis de le faire déshabiller complètement et d'examiner toute la surface cutanée.

assez confluentes et n'ont pas de caractères qui les différencient des précédentes. Le cuir chevelu et les pavillons des oreilles sont respectés.

Mains. — A la main droite on constate une petite tache de forme ovulaire, allongée, irrégulière, occupant une bonne partie de la face dorsale de la phalangette du médius et s'étendant jusqu'au pli sus-unguéal, sans cependant que l'ongle soit altéré. A gauche il y a 3 taches sur le dos de la main : une sur la phalangette de l'annulaire, elle aussi de forme ovulaire allongée, et s'étendant jusqu'au pli sus-unguéal, mais beaucoup plus petite que la précédente ; les deux autres sont presque lenticulaires et occupent la région métacarpienne. Sur la paume de la main, on n'en voit qu'une seule, ayant la forme et les dimensions d'une lentille ordinaire, légèrement calleuse sur toute sa surface, et entourée d'un sillon plutôt large. Sur cette main comme sur l'autre, l'ongle du doigt atteint n'est le siège d'aucune altération.

Les taches des mains sont toutes annulaires, à bordure étroite, régulière, brunâtre, avec un sillon et un liséré peu apparents entourant une aire centrale légèrement atrophique.

Pieds. — Au pied gauche, le seul intéressé, une tache nummulaire arrondie, à bordure plutôt épaisse, mais assez régulière, brunâtre, s'affaissant doucement de chaque côté, à aire centrale modérément atrophique, occupe la face dorsale de l'articulation tibio-tarsienne et une autre tache de la largeur d'une goutte occupe le bord interne de l'arcade plantaire ; cette dernière a une bordure assez calleuse, régulière, et une aire centrale atrophique.

Comme il n'a pas été possible de compléter l'examen du malade, nous ne pouvons rien dire sur la présence ou l'absence de lésions sur le reste de la surface cutanée ; le malade assure d'ailleurs qu'il n'en présente aucune.

Au contraire, en ce qui concerne les muqueuses externes, que nous avons pu examiner dans d'assez bonnes conditions, nous sommes en mesure d'affirmer qu'elles sont dans un état absolument normal.

Le malade n'éprouve aucun trouble en rapport avec les lésions cutanées. Même celles des pieds ne déterminent pas de gêne, ce qui tient probablement au siège qu'elles occupent.

Obs. IX. — Assomption Din... (1), âgée de 50 ans, tisseuse de toile, veuve, tante des deux malades précédents.

De même que pour ces 2 malades, nous n'avons pas relevé d'antécédents antérieurs à son affection cutanée qui méritent d'être pris en considération.

La malade rapporte que l'affection cutanée dont elle est atteinte remonte à peu d'années, et il semble, si ses déclarations sont exactes, que celle-ci s'atténue régulièrement chaque hiver dans des proportions considérables.

Elle a 4 enfants, dont l'aîné a 23 ans et le dernier 4 ans ; nous n'avons pu les voir, mais elle affirme qu'ils ne présentent rien d'anormal sur leur tégument.

État actuel (30 mai 1898). — Femme de taille normale, de constitution

(1) Cette malade a été examinée dans les mêmes conditions que le sujet de l'observation précédente.

robuste, embonpoint modéré, à peau brune, à cheveux châtain foncé, légèrement tachetés de blanc.

Les lésions cutanées qu'elle présente sont peu nombreuses, petites et peu apparentes. Presque toutes occupent le *visage*, aucune ne dépasse la dimension d'une lentille ordinaire. On en constate 5 disséminées sur le front, 8 sur le nez, 4 sur la joue droite, 6 sur la joue gauche. Une légère atrophie de la peau à leur niveau, une pigmentation un peu plus prononcée, une bordure assez mince sans sillon appréciable, tels sont les caractères qu'elles présentent.

Des *main*s, la gauche est seule atteinte par la maladie, et encore ne l'est-elle qu'à un degré peu considérable. On y constate seulement 3 petites taches sublenticulaires, annulaires, à bordure peu accusée, régulière; deux occupent le dos de la main et la face dorsale de la phalange de l'index.

Le cuir chevelu et le cou ne présentent rien d'anormal; la malade ne nous a pas laissé examiner le reste de sa surface cutanée et nous a déclaré que les seules régions affectées étaient celles qu'elles nous faisait voir.

L'examen de la *muqueuse buccale* est intéressant, non par le nombre, mais par l'élégance des lésions et les grandes dimensions de l'une d'elles. On en constate 3 groupées sur la moitié gauche de la lèvre inférieure et une sur la voûte palatine. Dans le groupe de celles qui occupent la lèvre se trouve la plus grande tache: de forme ovulaire, allongée, mais assez irrégulière en raison de la configuration sinueuse de son contour, à grand axe presque vertical, elle occupe presque toute la hauteur de la face interne de la lèvre, et est marquée par un bord très mince, d'un blanc opaque, presque filiforme, à peine saillant; ce bord entoure une aire qui ne diffère de la muqueuse saine que par un très léger degré d'opalescence. A gauche de cette plaque, et tout près d'elle, se trouvent les autres taches, l'une sublenticulaire, l'autre lenticulaire, de forme assez régulièrement ronde, analogue au point de vue de la bordure et de l'aire centrale à celle qui vient d'être décrite.

Celle de la voûte palatine occupe à peu près le milieu de cette voûte, est sublenticulaire, ronde, avec un bord saillant un peu plus large, reposant sur une surface rouge, qui se confond peu à peu en dehors avec la couleur rosée de la muqueuse du voisinage.

Les autres muqueuses apparentes sont respectées.

Les lésions de la peau n'ont jamais été accompagnées d'une sensation désagréable quelconque; il en est de même de celles de la muqueuse buccale, qui pour cette raison étaient restées ignorées de la malade.

Oss. X. — Thérèse Din... (1), de Vicarello, âgée de 65 ans, ménagère.

A une fille mariée, que nous n'avons pu voir, et deux petits enfants, les enfants de cette dernière, un garçon de 8 ans et une fillette de 12 ans; ces enfants ne présentent ni sur la tête, ni sur les mains et les avant-bras, ni sur les muqueuses conjonctivale, nasale et buccale, aucune lésion se rapportant à l'affection dont leur grand-mère est atteinte.

État actuel (30 mai 1898). — C'est une femme de constitution robuste,

(1) Cette femme a été examinée dans les mêmes conditions que les sujets des deux observations précédentes.

d'embonpoint assez bien conservé, bien conformée, dont la peau brune est un peu atrophiée en raison de son âge, à cheveux châtain foncé avec grande prédominance de cheveux blancs.

Les lésions cutanées occupent également chez cette malade le visage, les mains et les pieds; rares sur le visage, assez nombreuses mais petites sur les mains, elles sont au contraire plus larges et moins nombreuses sur les pieds.

Rien sur le cuir chevelu.

Sur la peau du visage, on compte à peine 5 petites taches peu accusées disséminées sur le front et sur les joues, sublenticulaires, annulaires, sans base hyperhémique, avec une aire centrale à peine un peu atrophique, à ourlet mince et régulier, de couleur semblable à celle de la peau du voisinage ou un peu plus brune.

À la main droite, 8 petites taches, de la dimension d'un grain de mil à celle d'une lentille, occupent exclusivement la face dorsale de la région métacarpienne; à la main gauche, il y a 4 taches sur la face dorsale et 3 sur la face palmaire. Toutes ces taches ont un ourlet modérément développé, avec un sillon et un liséré assez apparents.

Il est à noter que, sur la face dorsale du poignet gauche, on rencontre une petite saillie sublenticulaire, hémisphérique, à surface granuleuse brunâtre, de consistance presque fibreuse (verruve vulgaire).

Sur le pied droit, on voit, sur la face dorsale du cinquième métatarsien, une petite tache annulaire de la dimension d'une grosse lentille, à bords légèrement sinueux; deux taches, plus grandes que la précédente, presque nummulaires, de forme irrégulière, avec des bords assez fortement sinueux, occupent la partie externe de la plante du pied.

Sur la face dorsale du pied gauche, on trouve une lésion unique, correspondant à l'articulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil, de forme ovulaire allongée, plus large que toutes les précédentes, mesurant environ deux centimètres de long sur un centimètre de large, à ourlet mince mais modérément et uniformément calleux, à aire centrale assez atrophique.

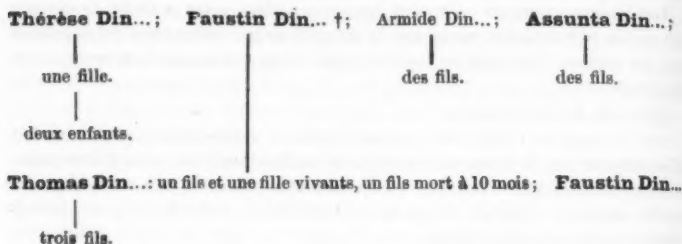
La plante des pieds présente une petite tache sublenticulaire, une autre uniformément calleuse, un peu plus large qu'une lentille ordinaire, au niveau de l'arcade plantaire, enfin une troisième également lenticulaire ayant des caractères analogues à ceux des précédentes, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil.

Cette malade, comme sa sœur, nous a assuré que le reste de la surface cutanée ne présentait aucune lésion.

Les muqueuses buccale et conjonctivale ne sont pas atteintes par l'affection; de même, l'examen de la muqueuse nasale a été complètement négatif.

Si on excepte une légère douleur au niveau des taches de la région plantaire, dans la station verticale et pendant la marche, notre malade n'éprouve aucun trouble fonctionnel dû à la dermatose.

Famille Din...



Oss. XI. — Raphaël Sim..., originaire d'Aquilea près de Pontesamariano, commune de Lucca, mendiant, précédemment journalier, célibataire, âgé de 70 ans.

Nous renvoyons à l'observation de ce malade qui a été publiée par l'un de nous il y a trois ans (6) et nous nous contenterons de décrire les lésions que nous avons constatées sur la muqueuse buccale de ce malade et les modifications que les lésions cutanées ont subies depuis le moment où l'observation a été publiée pour la première fois, nous basant particulièrement pour décrire ces différences sur les nombreuses photographies (visage, dos de la main droite, paume de la main gauche, jambe et pied gauches), à grande échelle et bien réussies, qui ont été faites à cette époque.

En ce qui concerne les lésions cutanées, nous pouvons dire que :

Quelques taches isolées et le plus grand nombre de celles qui occupent certaines régions ne sont pas sensiblement augmentées de dimensions ; il en est ainsi du plus grand nombre de celles qui occupent le visage et la nuque et plus encore des taches qui occupent le voisinage de quelques-uns des ongles des mains et de l'ongle du cinquième orteil gauche et de celles qui occupaient déjà la plante des pieds.

On peut par contre constater une augmentation du plus grand nombre des lésions sur presque toute la surface cutanée, les poignets, les jambes, le dos des pieds, etc. ; quelques-unes de celles qui se sont élargies ont pris une forme un peu différente de celle qu'elles présentaient, ce qui tient à ce qu'elles ne se sont pas élargies également sur tous les points de leur circonférence.

L'élargissement est très manifeste sur quelques taches, qui, de miliaires et acuminées, ont pris la dimension d'une goutte et sont devenues annulaires ou qui, étant précédemment situées près les unes des autres, sont devenues confluentes, se transformant en une seule tache polycyclique, par suite de la disparition de la bordure aux points de contact. En comparant la photographie de 1895 et le malade tel qu'il est actuellement, on constate en effet la fusion de deux taches, l'une en goutte et l'autre lenticulaire, occupant la région dorsale de la main droite, au voisinage du poignet, — la fusion de trois taches en goutte situées vers le milieu de la

jambe gauche, à sa partie externe, — la fusion de deux taches situées au-dessous de la malléole externe gauche, ainsi que la fusion d'une petite tache en goutte et d'une autre tache plus grande occupant le dos du pied gauche.

Une modification notable peut être constatée dans le degré de saillie du bord de la plus grande partie des taches dans presque toutes les régions ; Pourlet y est plus ou moins atténué, au point de devenir à peine perceptible sur quelques taches, et cela principalement sur les taches du visage, des jambes et du dos des pieds. Avec l'aplatissement de l'ourlet de nombreuses lésions, spécialement de celles du visage, coïncide une diminution dans la coloration rouge-brun de la peau qui les entoure immédiatement et de l'aire centrale elle-même.

Des modifications semblables, et même encore plus accentuées que maintenant (juin 1898), existaient déjà au mois de juin de l'année dernière, à une époque où nous avons pu examiner le malade depuis sa sortie de la Clinique en 1895 ; à ce moment, le visage nous parut comme blanchi et à une certaine distance on aurait pu croire que la maladie s'était complètement effacée sur le visage. A un examen fait en octobre 1897, la coloration et la saillie de la bordure des lésions du visage étaient devenues un peu plus prononcées et aujourd'hui elles sont un peu plus accusées qu'en octobre.

Des cinq taches qui occupent le côté de la main gauche, à savoir les trois développées sur le médius, celle de la première phalange du pouce, et celle de l'éminence thénar, toutes, à l'exception de cette dernière, ont perdu la callosité qui occupait leur centre et présentent à leur place une surface modérément atrophique. Des modifications analogues se sont produites sur les trois taches occupant la partie externe de la face dorsale du pied gauche.

On a constaté (la photographie à la main) la disparition complète de certaines taches, à savoir une petite tache lenticulaire qui occupait le dos de la main droite, au voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius, deux taches sublenticulaires, situées l'une auprès de l'autre sur la face dorsale de la première phalange de l'index et du médius gauche, une tache sublenticulaire située sur le bord radial de la paume de la main gauche, au voisinage du quatrième espace interosseux. C'est sur le scrotum que les taches ont disparu en plus grand nombre ; il existait à ce niveau de nombreuses taches nummulaires, polycycliques, très élégantes, à mince ourlet blanchâtre, reposant sur une étroite base hyperhémique linéaire ; à la place de chacune des taches disparues, un examen attentif peut seul faire reconnaître une aire à peine un peu atrophique, de couleur plus pâle ou plus foncée que les parties périphériques.

On a constaté aussi la présence de taches nouvelles : le cuir chevelu, qui était auparavant indemne de lésions, présente maintenant environ une dizaine de taches sublenticulaires ou lenticulaires, arrondies, déprimées, les unes à un degré assez prononcé, les autres à un léger degré, d'autres d'une façon à peine appréciable ; ces taches sont alopeciques ou presque alopeciques, quelques-unes d'un rouge-brun, d'autres de la même couleur que les parties adjacentes du cuir chevelu. Elles sont

disséminées sans prédominance sur une région donnée, sont peu ou pas squameuses, ou sont recouvertes d'une couche sébacée squameuse plus ou moins épaisse, ne sont pas entourées d'un véritable ourlet, mais quelques-unes seulement sont entourées de squames linéaires sous forme d'anneau.

Une petite lésion nouvelle se rencontre à la limite externe de l'éminence thénar de la main droite ; elle a la dimension d'un grain de mil, est constituée par une saillie conique, entourée d'une mince collerette, l'une et l'autre jaunâtres, d'apparence et de consistance cornées.

Sur le scrotum, où de nombreuses taches larges ont disparu, on en voit d'autres très différentes et moins nombreuses. L'une est submiliaire, conique, entourée d'un mince anneau, trois sont de la dimension d'un grain de mil, avec une dépression superficielle, une douzaine sont sublenticulaires ou lenticulaires, annulaires, arrondies, quelques-unes reposant sur une légère base hyperhémique. Une des taches les plus petites mérite une mention spéciale : elle est constituée par une saillie cylindrique grisâtre, d'aspect corné, à extrémité libre légèrement concave, comme la corne d'une limace, large d'un millimètre, longue de trois millimètres, légèrement recourbée sur elle-même, avec une mince collerette à la base. Après la chute de la saillie cornée, produite par quelque choc brusque sur la lésion, celle-ci se présente sous l'aspect d'une petite tache identique aux trois taches miliaires décrites plus haut, sur lesquelles, il est bon de le répéter, il n'y a pas d'ombilication étroite et profonde pouvant indiquer qu'une saillie cornée ait pu y être précédemment fixée, mais une surface déprimée par rapport à la collerette périphérique de la lésion, mais non par rapport à la peau du voisinage qui est toujours à un niveau plus bas. L'aire centrale d'une des rares taches plus grandes et sinueuses qui persistent présente en outre une petite tache de nouvelle formation, sublenticulaire, très élégante, entourée d'une saillie périphérique très mince et filiforme.

Trois nouvelles taches sont apparues à la plante du pied droit ; elles sont calleuses sur toute leur surface, entourées d'un sillon large et profond, avec un liséré adhérent à son bord interne, ont les dimensions d'une pièce de deux centimes et occupent le bord externe de la voûte plantaire. Trois taches, situées sur le bord externe de la face dorsale du même pied, particulièrement la plus antérieure, qui est voisine de l'articulation métatarso-phalangienne, ont augmenté de dimension et ont envahi quelque peu la face plantaire.

La gêne que produisaient depuis longtemps déjà pendant la station debout les taches calleuses de la plante des pieds persiste avec plus d'intensité, comme si ces taches étaient de véritables cors. Il faut ajouter que le malade éprouve une sensation de chaleur aux pieds et aux jambes, qui lui font préférer les tenir en dehors de ses couvertures quand il est au lit.

Muqueuses. — La muqueuse conjonctivale et la muqueuse nasale ne présentent rien d'anormal.

Dans la bouche, on constate la chute de toutes les dents, avec un degré avancé d'involution du bord alvéolaire ; la canine inférieure du côté droit persiste seule.

Sur la muqueuse buccale, qui a une coloration rose pâle, on compte treize petites taches, distribuées de la façon suivante :

Deux sur la lèvre supérieure, une sur le sillon labio-gingival supérieur, une sur la lèvre inférieure, une sur la joue gauche, trois sur la voûte du palais, deux sur le voile, une sur le bord gingival supérieur, une sur la langue.

Sur la muqueuse de la lèvre supérieure, à un centimètre environ à droite du frein, au milieu environ de la hauteur de la lèvre, très rapprochées l'une de l'autre, on voit deux petites taches sublenticulaires, l'une réniforme, l'autre presque ronde. Toutes deux sont limitées par une mince saillie linéaire blanche opaque, uniforme et continue, et présentent une légère opalescence au niveau de l'aire incluse, qui a une surface plane et tout à fait lisse. L'autre petite tache, située à la base du frein, du côté gauche, est ronde, un peu plus petite que la précédente, et en a tous les caractères, sauf que l'aire incluse présente une opalescence un peu plus accusée.

La tache du sillon labio-gingival supérieur est située du côté droit, à environ deux centimètres du frein; elle est lenticulaire, presque piriforme, limitée aussi très nettement par une mince saillie d'un blanc opaque presque filiforme; tandis que la portion la plus large de l'aire circonscrite par cette bordure est légèrement et uniformément opaline et laisse voir deux petites saillies submiliaires qui semblent faire saillie en soulevant l'épithélium; la partie la plus étroite présente une opalescence plus accusée et une seule petite saillie analogue aux précédentes.

L'unique petite tache de la lèvre inférieure est sublenticulaire, elle a un peu plus de deux millimètres de diamètre, et siège sur la partie moyenne de la moitié droite de la lèvre, très près du bord libre. Elle ne diffère des taches déjà décrites sur la lèvre supérieure que par son niveau, qui est dans toute son étendue un peu plus élevé que celui de la muqueuse du voisinage.

Sur la joue gauche, au-dessus de l'angle du maxillaire, cachée dans un pli de la muqueuse, se trouve une petite tache de mêmes dimensions que la précédente, cette tache fait un léger relief; son niveau et l'intensité de la coloration blanc opaque de sa surface diminuent sensiblement de la périphérie au centre.

Une des trois taches de la voûte palatine, la plus grande, de la largeur d'une grosse lentille, occupe la partie moyenne de la voûte, le long et à gauche du raphé, elle a une forme irrégulièrement arrondie. Sa limite est représentée par une saillie d'un blanc opaque, qu'un sillon très étroit semblant tracé avec la pointe d'une aiguille sépare en deux parties, une interne un peu plus saillante et plus opaque, et une externe qui s'abaisse progressivement jusqu'au niveau de la muqueuse saine. L'aire circonscrite par cette bordure, un peu déprimée et très légèrement opalescente, laisse apercevoir deux dépressions punctiformes, d'un rouge brun, entourées chacune d'un petit anneau blanc opaque à peine saillant; ces deux dépressions sont très voisines l'une de l'autre et tangentes au bord interne de la saillie périphérique. Une autre de ces dépressions punctiformes, dépourvue d'anneau propre, siège exactement sur le sillon, qui parcourt la

saillie limitante de la tache ; en ce point, les deux lèvres du sillon s'écartent légèrement l'une de l'autre pour embrasser entre elles cette dépression.

Les deux autres taches de la voûte palatine situées toutes les deux du côté droit, un peu en avant de la précédente, à quelques millimètres l'une de l'autre, sont plus petites, l'une lenticulaire, l'autre sublenticulaire, l'antérieure et externe en forme de biscuit, la deuxième de forme ovale. Sur la plus grande, la saillie périphérique, très mince, est curviligne sur une grande partie de son étendue ; sur le reste de son étendue, à l'exception d'une petite portion où elle est interrompue, elle ne dessine pas une véritable courbe, mais semble constituée par quatre segments rectilignes, aux points d'union desquels on remarque une simple dépression punctiforme d'un rouge foncé. En outre, la saillie présente un sillon médian évident, mais toujours très étroit, sur une petite partie de la circonférence, correspondant à un segment rectiligne. Dans la plus petite des taches, la saillie limitante, qui est également mince, ne présente pas de sillon ; sur les deux taches, l'aire incluse est un peu plus opaline que sur la première tache décrite sur la voûte palatine, et elle est uniformément plane. Les trois taches présentent une étroite bordure hyperhémique, dont l'intensité et la largeur ont du reste varié aux derniers examens que nous avons faits.

Sur le voile du palais, l'une des taches est très voisine de la ligne médiane et correspond au point d'insertion du voile. Elle a la largeur d'une lentille ordinaire, est ellipsoïde et uniformément opaline, à bords nets, mais sans saillie marginale, avec une très mince bordure hyperhémique. On y constate des dépressions punctiformes d'un rouge brun, au nombre de trois à l'intérieur de l'aire centrale, et de sept tangentes extérieurement au bord. L'autre petite tache, de forme ovale, reproduit les caractères de la précédente, mais ne présente pas de dépressions punctiformes.

Sur le bord alvéolaire supérieur, du côté gauche, en un point correspondant à l'avant-dernière molaire qui fait défaut et au niveau duquel l'atrophie alvéolaire est plus prononcée qu'ailleurs, se trouve une tache irrégulièrement arrondie, à bord ondulé, de dimensions à peu près égales à celles de la première des taches décrites sur la voûte palatine. L'aire de la tache est en partie opaline, en partie d'un blanc opaque, et entourée sur son tiers externe d'une mince saillie également d'un blanc opaque et, sur le reste de son étendue, d'un sillon rouge-brun de même largeur que la saillie avec laquelle il se continue.

La petite tache de la langue occupe la partie moyenne de son bord droit ; elle est sublenticulaire, ronde, très élégante, entourée d'un bord blanc, très mince, net ; l'aire incluse est plane, légèrement et uniformément opaline.

Une observation très attentive fait constater en outre deux surfaces lenticulaires, un peu plus pâles que les parties saines environnantes ; ces surfaces ont une limite nette, semblent un peu déprimées et occupent l'une le voile du palais, l'autre la voûte palatine (dernier reliquat de lésions préexistantes ?).

Le malade n'a jamais éprouvé aucun trouble en rapport avec les lésions de la bouche.

Le toucher permet seul de constater la présence de la plus grande tache sur la voûte palatine et de celle du bord alvéolaire.

Lorsque le malade fut examiné en octobre 1897, on constata la tache de la lèvre inférieure qui n'existait pas lors de l'examen fait en juin, et en décembre on vit la lésion du frein de la lèvre supérieure qui n'existait pas précédemment. La petite tache de la partie postérieure de la joue gauche a été vue pour la première fois en décembre; mais nous ne pourrions dire, en raison de son siège dans un point caché par un pli de la muqueuse, si elle nous a échappé dans les examens antérieurs ou si elle est réellement de date récente.

Lors de l'examen fait en juin 1897, toutes les taches étaient un peu moins opalines à leur partie centrale, ce qui laissait voir plus distinctement la coloration rosée de la muqueuse et rendait la bordure plus apparente. A la même époque, des deux taches situées sur la partie droite de la voûte palatine, l'antéro-externe présentait un liséré hyperhémique entourant tant en dedans qu'en dehors la saillie limitante (1).

(1) Le professeur Majocchi, sur notre demande, a eu l'amabilité de venir dans notre Clinique le 31 décembre 1897, pour examiner les lésions de la peau et de la muqueuse buccale de ce malade. Il nous a déclaré que, pour lui, les unes et les autres devaient être indubitablement considérées comme l'expression d'un même processus morbide.

Il nous a fait la même déclaration au sujet des lésions de Pet... (obs. III), que nous avons eu l'occasion de lui présenter.

A l'appui de notre dire, voici la lettre que le professeur Majocchi a écrite à l'un de nous.

« TRÈS CHER PROFESSEUR DUCREY,

« Les malades atteints d'*hyperkératose centrifuge* que le Dr Respighi et vous avez eu l'amabilité de me faire voir à Pise à la fin du mois de décembre dernier m'ont vivement frappé en raison du siège de l'affection sur la muqueuse buccale.

« Avant que le Dr Respighi et vous ayez fait connaître cette localisation de l'affection, et quoique j'aie vu autrefois des malades qui étaient atteints de cette dermatose, je ne connaissais pas ce fait très important.

« Du reste, comme je vous l'ai dit, j'ai été très frappé de voir sur la muqueuse buccale et linguale les mêmes productions kératosiques avec la même forme annulaire identique à celle des lésions de la peau. Ces caractères étaient très marqués chez les deux malades et en particulier chez celui qui se trouvait dans les salles de votre Clinique. Et tout cela correspondait exactement à ce que le Dr Respighi et vous avez décrit dans la séance de décembre de la Société italienne de dermatologie.

« Après avoir vu vos malades, j'ai voulu m'assurer si les malades atteints de cette affection que j'ai en observation (*malades vus à Bologne et qui n'ont été jusqu'ici l'objet d'aucune publication*) présentaient aussi des lésions des muqueuses.

« Chez l'un d'eux, que j'ai pu examiner, je n'ai trouvé aucune production kératosique ni sur la langue, ni sur la muqueuse buccale.

« Il me reste à voir l'autre malade, une jeune fille, dont vous avez vu la photographie.

« Je dois faire remarquer que mes deux malades sont des sujets jeunes, et que

Le 15 janvier 1898, on enleva les 3 petites taches de la lèvre supérieure et la tache de la lèvre inférieure. Les fragments enlevés furent tous fixés dans l'alcool ; ceux de la lèvre supérieure furent colorés sur coupes à l'hématoxyline de Bizzozero, celui de la lèvre inférieure fut coloré en masse au carmin lithiné. Les fragments furent inclus dans la paraffine et coupés en séries.

Le 7 avril 1898, on enleva la petite tache miliaire de l'éminence thénar, ainsi que la tache submiliaire et les trois taches miliaires du scrotum. Ces fragments furent également fixés dans l'alcool absolu, puis colorés en masse par le carmin lithiné, inclus dans la paraffine et coupés en séries non interrompues.

Comme nous avions, entre autres, la photographie de la jambe et du pied gauches du malade, exécutée en 1895 (voir planche III), nous avons fait exécuter la photographie de ces mêmes régions dans une position identique et à la même échelle (voir planche IV) afin de montrer les modifications que les lésions ont subies dans l'espace d'environ trois ans.

La lecture des observations qui viennent d'être rapportées montre clairement que l'affection dont les sujets de ces observations sont atteints se traduit par des lésions caractéristiques et susceptibles d'occuper simultanément la peau et la muqueuse buccale. En raison du nombre encore peu considérable des observations, il ne nous semble pas encore possible de déterminer avec quelle fréquence les muqueuses sont intéressées ; nous devons d'autant plus rester sur la réserve à ce sujet que, depuis notre communication préliminaire, les faits observés ont modifié très sensiblement la proportion entre les cas accompagnés de lésions muqueuses et ceux où les altérations étaient exclusivement limitées à la peau. En effet, des 4 malades sur lesquels notre examen avait alors porté, 3 présentaient simultanément des lésions de la peau et de la muqueuse ; tandis qu'aujourd'hui, sur 11 malades examinés à ce point de vue, la muqueuse est intéressée chez 6 malades seulement, c'est-à-dire que le rapport des cas de lésions de la muqueuse s'est abaissé de 75 p. 100 à 54 p. 100 et même à 50 p. 100, si nous tenons compte des malades dont il est fait mention à la note de la page 609.

Nous sommes encore moins en mesure de dire, dans les cas de lésions simultanées de la peau et de la muqueuse, quel a été le siège

peut-être la maladie ne présente pas encore chez eux l'étendue qu'elle offre à un âge avancé.

« Quand j'aurai eu l'occasion de voir le deuxième malade, je vous ferai part du résultat de mon observation.

« Votre dévoué collègue,

« D MAJOCCHI. »

Bologne, 17 juillet 1898.

initial des lésions, car tous nos malades ignoraient l'existence des lésions buccales avant que notre examen ne les ait fait constater. Le nombre ordinairement assez faible des lésions de la muqueuse buccale et leurs faibles dimensions ne nous autorisent pas à conclure que celles-ci sont survenues plus tard que les lésions cutanées, car, ainsi que nous le dirons plus loin, il ne manque pas de cas où une lésion est restée unique, même pendant de longues années, ou est demeurée très petite quoiqu'elle soit assez ancienne, tandis que des lésions plus récentes ont atteint des dimensions considérables. Quoi qu'il en soit, il ne nous est jamais arrivé de voir la maladie exclusivement limitée à la muqueuse buccale.

Un fait très important, et qui se reproduit avec une grande fréquence dans cette dermatose, est son existence dans une même famille chez plusieurs sujets, atteints le plus souvent à des degrés différents et sans que les lésions soient chez tous limitées à la peau ou occupent chez tous la peau et la muqueuse. Aussi, pour nous limiter aux cas que nous avons observés, J. B. Mar... présente des lésions de la muqueuse buccale, tandis que, chez son cousin Bia..., la muqueuse est indemne; dans la famille Bel..., sur 3 malades, 2 seulement ont des lésions de la muqueuse buccale; sur les 4 malades de la famille Din..., la muqueuse est intéressée chez un seul.

En ce qui concerne les malades qui sont donnés comme des cas isolés ou au moins pour quelques-uns d'entre eux, on peut se demander si l'affection n'a pas existé aussi chez quelque autre membre de la famille chez lequel elle est restée méconnue, en raison du peu d'étendue et de développement des lésions et en raison de l'absence de troubles subjectifs, absence qui est de règle quand les lésions n'occupent pas des sièges qui les exposent à des traumatismes répétés ou à des pressions habituelles.

C'est ainsi qu'un de nos malades, parmi ceux qui prennent le moins de soin de leur personne, ignorait la présence de lésions multiples occupant cependant le visage, et cela parce que les lésions étaient peu étendues et ne lui causaient aucun trouble.

En ce qui concerne le degré de parenté des divers sujets atteints dans une même famille, nous avons pu observer cette dermatose non seulement chez plusieurs frères, mais encore chez un de leurs parents, et parfois apprendre d'une façon certaine qu'elle existait également chez le père ou la mère du parent malade.

Il est hors de doute qu'un sujet atteint de cette affection peut avoir des enfants qui en soient indemnes, mais nous ne saurions dire si la maladie peut se présenter de nouveau chez les enfants de ces derniers ou, en d'autres termes, si la maladie peut sauter une génération.

Quand l'affection existait chez un sujet marié, elle n'a jamais été constatée chez son conjoint, même dans les cas où la cohabitation

remontait à une époque assez éloignée ; deux fois nous avons pu nous assurer personnellement de ce fait, quoique nous ayons été contraints de nous borner à un simple examen des parties découvertes, qui du reste, ainsi que nous le verrons dans la suite, sont le plus habituellement atteintes par la maladie.

Nous ne pouvons passer sous silence le fait singulier que, dans toute une famille de sujets sains, 2 frères seulement étaient atteints de l'affection, et précisément tous les deux avaient été allaités par une femme qui en était affectée et qui, dans l'espace de quelques années, les avait nourri après avoir sevré 2 de ses enfants, atteints également plus tard de la même maladie. Nous faisons allusion aux deux frères Bia..., Chérubin et Laurent, qui furent respectivement nourris par Liberata Nel..., après que celle-ci eut allaité ses 2 enfants, Jean-Baptiste et Emilie Mar... Cette remarque que Chérubin Bia... nous a faite avec insistance, pensant que sans aucun doute la maladie avait été transmise par le lait à son frère et à lui, devait être rappelée ici ; mais il faut aussi tenir compte de ce fait, que la mère de Bia... était la sœur du père des Mar... Bien que nous ayons recueilli de plusieurs témoins l'affirmation que l'un et l'autre étaient absolument bien portants, nous n'avons pas pu en avoir la certitude, tous deux étant morts depuis longtemps, et nous pouvons nous demander si dans la famille Mar... la maladie remontait à une génération antérieure, et si la mère des Bia... n'était pas elle-même atteinte de la dermatose ou n'avait pas un de ses parents qui en fût atteint. S'il en était ainsi, on pourrait admettre, avec toutes réserves bien entendu, ce fait curieux que deux familles se sont unies dans chacune desquelles existait la même maladie, la famille Nel... et la famille Mar... (Voir le tableau généalogique, p. 612.) Il est certain que la transmission de la dermatose par le lait est d'une interprétation difficile.

En ce qui regarde le sexe, il y a une forte prédominance de la maladie dans le sexe masculin, à en juger par les cas que nous avons observés. En effet, sur l'ensemble de nos malades, en y comprenant les parents sur lesquels nous avons pu recueillir quelques renseignements, nous ne trouvons pas un tiers de femmes.

Nous n'avons jamais rencontré l'affection chez des sujets appartenant à une classe sociale élevée ou même moyenne, sauf Richard Boz..., dont l'observation est publiée dans le mémoire du professeur Mibelli et de l'un de nous, qui appartient à une classe sociale moyenne.

Nous l'avons observée au contraire presque exclusivement chez les cultivateurs et les ouvriers, plus souvent encore chez les premiers, et chez des sujets d'une bonne constitution, souvent même assez robuste.

L'affection peut débiter à un âge très variable, entre l'enfance et

l'âge mûr, peut-être un peu plus fréquemment dans l'adolescence et la jeunesse. Sur nos 11 cas, elle a débuté dès l'enfance chez un seul malade, 5 fois dans l'adolescence et la jeunesse, 5 fois à l'âge mûr. Le siège de ses lésions initiales est habituellement une des extrémités : tête, main ou pied.

Ordinairement, elle débute par une lésion unique, qui peut rester isolée pendant très longtemps (chez Sim..., la première lésion, qui occupait le calcanéum gauche, est restée unique pendant trente ans) ; ou bien à la première lésion il en succède un plus ou moins grand nombre d'autres, soit sur la même extrémité, soit sur une autre extrémité.

La dermatose a une prédilection indubitable pour les extrémités du corps et plus spécialement pour le visage, la face dorsale des mains et des pieds, et les organes génitaux. Par ordre de fréquence, elle occupe ensuite la moitié inférieure des jambes, la plante des pieds, la paume des mains, le poignet, la moitié inférieure des avant-bras et le reste des membres inférieurs, en dernier lieu le bras et le tronc.

Sur le visage, les régions occupées de préférence sont ordinairement le nez, la portion supéro-interne des joues, la partie inférieure et médiane du front, les régions préauriculaires et les pavillons des oreilles.

Sur le cou, les lésions prédominent de beaucoup à la nuque.

Sur le dos des mains, elles occupent plutôt la région métacarpienne, tandis qu'à la face palmaire elles prédominent habituellement sur les doigts.

Sur le dos des pieds, elles ont une prédilection pour la région tarso-métatarsienne et, sur la plante des pieds, pour le calcanéum, le bord externe du pied et la région des articulations métatarso-phalangiennes.

Tant sur les doigts que sur les orteils, elles peuvent siéger sur les régions périunguéales et, en s'étendant, envahir plus ou moins le lit de l'ongle, et déterminer des lésions consécutives de l'ongle lui-même. L'ongle, dans la portion atteinte, devient plus épais, opaque, sa surface devient rugueuse et irrégulière, sa coloration se modifie.

Sur les jambes, elles occupent de préférence la moitié antérieure de leur circonférence et, aux avant-bras, le côté de l'extension.

Sur les organes génitaux de l'homme, le scrotum est la partie le plus souvent et le plus fortement intéressée : la peau de la verge peut même ne pas participer au processus morbide.

Chez la femme on peut rencontrer de nombreuses lésions sur les grandes lèvres.

Au cuir chevelu, au tronc, sur le reste des membres, on ne constate pas, à vrai dire, de siège de prédilection, à l'exception peut-être des fesses et de la région périanale, où on peut observer une légère prédominance des lésions.

Naturellement, il est bien entendu que cette distribution, qui est généralement affectée par la maladie, peut subir des exceptions plus ou moins marquées, et, tandis que d'après ce qui vient d'être dit, il semble, au moins pour les membres, que l'affection prédomine considérablement sur le côté de l'extension, on peut voir se produire des lésions même dans les creux axillaires, dans les espaces interdigitaux, etc.

Chez tous nos malades, l'affection est représentée par des lésions assez nombreuses, mais avec des différences sensibles d'un cas à un autre ; ces lésions occupent les deux moitiés du corps, sans que du reste on constate une véritable symétrie dans leur distribution. Chez un seul malade (Augusta Bel....), nous n'avons rencontré que 12 lésions, toutes très petites et limitées aux mains.

Comme l'affection a quelques sièges de prédilection, il est clair que les lésions peuvent être très confluentes et arriver à se toucher, mais on ne les voit jamais présenter de tendance à former des groupes qui se disposent en zones rappelant les distributions nerveuses.

Sur la peau, les lésions peuvent différer par leur grandeur, leur forme et leurs autres caractères.

Au point de vue de la grandeur, il y en a de submilliaires, de milliaires, de lenticulaires, d'autres de la dimension d'une goutte, nummulaires, etc., avec prédominance des lésions de dimensions moyennes chez les malades qui en présentent un nombre considérable.

Les lésions submilliaires et milliaires sont certainement les plus rares ; nous ne les avons vues qu'en très petit nombre chez quelques-uns de nos malades (Pet..., Torello Bel..., Sim...), et chez la plupart d'entre eux nous n'avons pas pu en constater.

Sous le rapport de la forme, il y en a de rondes, d'ovales, d'ellipsoïdes, de quadrangulaires, d'autres en forme de biscuit, de feuille de trèfle, de polycycliques et de tout à fait irrégulières ; les lésions petites et moyennes sont habituellement plus ou moins arrondies et les plus grandes de forme irrégulière.

Pour ce qui concerne les autres caractères des lésions en particulier, que nous décrirons en commençant par celles qui se rencontrent le plus communément, il est tout d'abord nécessaire de leur distinguer une saillie linéaire périphérique et une aire centrale incluse dans cette saillie ; saillie et aire centrale sont susceptibles de présenter des modalités variées qui méritent des descriptions spéciales.

La saillie périphérique, sorte d'ourlet, dépasse peu, d'ordinaire, le niveau de la surface cutanée avoisinante et est habituellement complète, de couleur blanc sale ou jaune brunâtre, le plus souvent uniforme, lisse et légèrement squameuse, d'aspect corné, en forme de cercle régulier ou ondulé, dentelé, polycyclique (d'où résulte la forme

des taches, comme nous l'avons dit plus haut); ce bord peut être ou non divisé sur tout ou partie de son étendue par un étroit sillon paraissant tracé au burin. Du fond du sillon, on peut voir s'élever un liséré, souvent rapproché de la lèvre interne du sillon ou adhérent à cette lèvre; ce liséré n'est pas toujours très évident; il s'élève jusqu'au niveau du bord supérieur de la saillie dont il a la couleur et l'aspect corné ou même dépasse un peu ce niveau.

Il arrive quelquefois, plus fréquemment sur les lésions du visage, que la bordure qui limite la tache, au lieu d'être continue, soit représentée par un certain nombre de très petites saillies cornées, brunâtres, conoïdes, hémisphériques ou irrégulières, disposées en lignes, plus ou moins rapprochées les unes des autres, ou tangentes et se confondant par leurs bases. Ces saillies sont très adhérentes, mais on peut parvenir à les détacher avec l'ongle et on constate alors qu'elles s'enfonçaient dans autant de petites dépressions.

Tout autour de la bordure, la peau a habituellement sa coloration normale, mais parfois, et plus fréquemment au niveau du scrotum, la bordure est entourée, en dedans et en dehors, d'une étroite zone hyperhémique qui rend la lésion plus élégante. D'autres fois, surtout aux membres inférieurs, au lieu de la zone hyperhémique, on voit une zone analogue pigmentée.

L'aire incluse dans la bordure peut avoir une coloration normale, ou, rarement, être hyperhémique; plus souvent elle a une couleur rouge brunâtre ou brunâtre, d'intensité variable; elle est complètement lisse ou un peu rugueuse et recouverte de quelques petites squames; parfois aussi elle présente quelques petites saillies cornées, brunâtres, qui se soulèvent sous forme de pointes d'aiguilles ou de cônes tronqués, en tout semblables à celles qui ont été décrites au niveau de la bordure. Cette surface présente ordinairement des traces d'atrophie, allant d'un degré presque inappréciable jusqu'à une intensité telle qu'on la constate même à distance. Son niveau est ordinairement inférieur à celui de la peau saine du voisinage, mais il n'est pas rare qu'elle semble être au même niveau que la peau voisine ou même un peu plus élevée qu'elle. Dans les régions velues, la surface des taches est d'ordinaire complètement ou à peu près complètement alopecique, tandis qu'au niveau de la saillie périphérique les poils sont généralement bien conservés.

Chez quelques malades, et presque uniquement sur le cuir chevelu, quelques petites lésions sont presque complètement recouvertes d'un enduit sébacéo-squameux.

Sur certaines lésions, l'aire centrale est très superficiellement atrophique, sans aucune tendance à l'hyperhémie ou à la pigmentation, et le bord annulaire très mince est représenté seulement par une petite ligne blanchâtre sans saillies appréciables, comme s'il était formé de

squamules disposées en série; il n'est pas rare de voir de semblables lésions échapper facilement à un examen plutôt attentif, quand cet examen n'est pas fait sous une incidence favorable de la lumière et en distendant un peu la peau.

Par un singulier contraste avec ces lésions, on en voit assez fréquemment d'autres, ordinairement plutôt larges et occupant le plus habituellement les pieds ou les mains, dont les caractères distinctifs sont notablement exagérés.

Sur ces éléments, la bordure a une base large et irrégulière, qui envahit sur une certaine étendue à la fois la peau avoisinante et l'aire centrale, et fournit parfois çà et là de larges expansions périphériques ressemblant aux chaînes de montagnes telles qu'on les figure sur les cartes géographiques en relief; cette base se soulève, sur une étendue de quelques millimètres, en section de cône tronqué, présente une coloration jaune sale, l'aspect et la dureté de la corne, elle est souvent inégale et anfractueuse. La partie supérieure peut aussi être hérissée de fortes aspérités ou d'aiguilles.

Sur une bordure ainsi conformée, le sillon fait défaut ou ne se voit qu'en quelques segments de la bordure; on peut le rendre apparent sur des segments étendus en enlevant au moyen du rasoir les parties les plus saillantes du relief périphérique: il paraît alors plutôt large, profond, parcouru par un liséré qui est devenu ondulé comme s'il était trop long pour le sillon qu'il parcourt; ce liséré est souvent très rapproché du bord interne du sillon, auquel il est presque adhérent. En faisant, sur cette grosse saillie qui limite la tache, des sections horizontales successives depuis son sommet jusqu'à sa base, le couteau crie et s'ébrèche à cause de la résistance que lui oppose le tissu corné et souvent, dès qu'on arrive à la moitié de la hauteur de la bordure, le sang commence à suinter.

L'aire centrale de semblables taches, sur la périphérie desquelles empiète plus ou moins la base de la bordure, prend la forme d'une coquille et, calleuse à la périphérie, présente ordinairement à son centre des lésions d'atrophie prononcée.

Quelques taches, que l'on rencontre fréquemment aussi aux pieds, ont une aire centrale plane et uniformément calleuse; le niveau de cette aire est un peu plus élevé que celui de la peau saine avoisinante; elle est entourée d'un sillon plus large, bien apparent, dans lequel on voit un liséré manifeste. Le bord externe du sillon, calleux comme l'interne, se continue en dehors avec la peau saine environnante.

En enlevant avec l'ongle la partie centrale calleuse de ces taches, comme les malades le font ordinairement d'eux-mêmes, il reste à découvert une aire déprimée, atrophique, entourée du sillon caractéristique.

Enfin on peut voir des taches ayant l'aspect de callosités communes,

à calotte plus ou moins saillante, sur lesquelles on constate manifestement un sillon limitant, lorsqu'on a enlevé quelques tranches horizontales de substance cornée.

Il y a lieu de noter spécialement quelques lésions que nous avons à la vérité rencontrées en très petit nombre et plus spécialement chez un de nos malades (Pet...), lésions représentées par de petites saillies cylindriques cornées, à extrémité libre, plate ou légèrement concave; ces saillies adhèrent solidement à la peau qui présente tout autour d'elles un aspect normal et s'élèvent de quelques millimètres au-dessus de son niveau. Lorsqu'on détache avec l'ongle ces petits cylindres cornés, on constate qu'ils sont excavés au niveau de leur implantation et qu'ils laissent à découvert de petites saillies papuleuses à surface légèrement convexe, ordinairement un peu rougeâtre, lisse et inégale.

En outre, parmi les efflorescences de très petites dimensions, qui méritent d'attirer toute l'attention de l'observateur, on en trouve, en plus des précédentes, quelques-unes, parfois aussi peu nombreuses, qui ont la forme de saillies papuleuses miliaires, à surface plane et d'aspect corné et sont limitées sur toute leur étendue par une très mince collerette ayant à peu près la même hauteur que la saillie qui l'entoure, et également d'aspect corné.

Enfin, on peut voir de petites saillies ombiliquées et toujours d'aspect corné. Au lieu d'une dépression punctiforme centrale, ayant la forme d'un ombilic, on peut constater sur ces éléments une pointe blanc grisâtre en forme de cône tronqué, sorte d'aiguille d'apparence et de consistance cornées, ordinairement très peu saillante au-dessous de la mince saillie annulaire qui l'entoure; il est assez rare de voir ces saillies cornées atteindre 3 ou 4 millimètres de hauteur, et alors elles s'incurvent comme un ongle d'oiseau, de sorte qu'on dirait une corne cutanée; en appuyant latéralement sur ces saillies, on peut les incliner en tous sens, sans qu'elles se détachent de la peau à laquelle elles semblent solidement fixées: lorsqu'on les arrache, on voit à leur point d'implantation la petite dépression dont nous avons parlé plus haut.

C'est tout à fait exceptionnellement (une fois sur le scrotum d'un de nos malades, Pet...,) que nous avons vu une de ces saillies, assez longue et recourbée, s'élever au centre d'un losange de la mosaïque cutanée, sans être entourée d'un petit relief annulaire et sans aucune modification appréciable de la peau environnante.

Pour ce qui regarde les sensations subjectives déterminées par les manifestations cutanées, elles sont ordinairement très peu prononcées et parfois font complètement défaut. Quelques malades accusent un prurit léger et accidentel au niveau de quelques taches seulement, et le plus grand nombre d'entre eux se plaignent de douleurs au

niveau des taches soumises à des pressions continues, surtout au niveau des pieds, lorsqu'ils portent des chaussures.

Il est certain que les malades atteints de lésions des pieds, soit nombreuses, soit au moins assez abondantes, ont, avec une assez grande constance, déclaré éprouver une sensation désagréable de chaleur et de brûlure localisée aux pieds et à la partie inférieure des jambes, sensation qui s'exagère surtout quand ils sont au lit.

En recueillant avec soin les observations de nos malades, et mieux encore parce que nous avons eu l'occasion de suivre de près et pendant longtemps l'évolution des lésions cutanées de quelques-uns d'entre eux, en fixant par la photographie, à intervalles variés, l'aspect des lésions dans quelques-unes des régions atteintes, nous avons pu arriver à des notions précises sur la marche des lésions.

Il est absolument certain que quelques rares taches sont restées pendant trois ans presque sans aucune modification dans leurs dimensions ; d'autres, les plus nombreuses, se sont quelque peu agrandies ; au lieu de 2, 3 ou un plus grand nombre de taches petites et rapprochées, il s'est formé une tache unique, large et polycyclique par suite de l'élargissement et de la fusion de ces taches, dont la bordure a disparu complètement au niveau de leurs points de rencontre ; sur quelques taches calleuses dans leur totalité, toute la substance cornée qui occupait leur centre s'est détachée en laissant à sa place une tache annulaire ayant le même aspect que les autres ; la bordure de quelques taches s'est affaïssée jusqu'au point de disparaître, de sorte qu'il ne restait plus, comme reliquat ultime de la lésion, qu'une simple aire, plus ou moins distinctement atrophique ; mais il ne nous a jamais été donné de voir des taches avec leur bordure se rétrécir avec le temps. Il résulte encore de nos observations, que, dans le cours des années, il peut se produire çà et là isolément, quelques rares taches nouvelles, soit sur des portions de la peau précédemment saines, soit sur la surface occupée par des lésions anciennes, soit sur le siège d'autres taches qui ont disparu, et nous avons pu en surprendre quelques-unes à une période assez rapprochée de leur début.

En ce qui regarde les muqueuses, nos malades ont présenté des lésions exclusivement localisées à la muqueuse buccale et occupant les lèvres, les joues, la langue, la voûte palatine, le voile du palais, les gencives, sans prédilection accusée pour une région plutôt que pour l'autre.

En effet, nous avons vu la lèvre supérieure aussi bien intéressée que la lèvre inférieure et les lésions siégeant tout près du bord libre (Sim...) ou dans le cul-de-sac labio-gingival ou sur un point quelconque de la hauteur de la lèvre. Chez un malade, l'une d'elles siégeait sur le frein de la lèvre supérieure. Sur les joues les lésions siégeaient

au v
pac
S
alvé
men
aus
mu
S
voy
sit
l'a
la
ra
ré
si
re
é
P
d
l
e
p

au voisinage du cul-de-sac ou plus fréquemment au niveau de l'espace interdentaire.

Sur les gencives, elles siégeaient particulièrement sur le bord alvéolaire, au niveau des dents manquantes, ou un peu plus latéralement. Sur la voûte du palais, elles occupaient un siège quelconque, aussi bien à droite qu'à gauche, entre les impressions digitales de la muqueuse ou sur le reste de la voûte.

Sur le voile du palais, chez le seul malade qui en ait présenté, on voyait deux petites taches peu éloignées de la ligne médiane et situées l'une en haut, au voisinage de l'insertion du voile du palais, l'autre au milieu environ de la hauteur du voile.

Sur la langue, les taches occupaient les côtés et le bord externe de la face inférieure, mais jamais le dos.

En ces différents sièges, les taches étaient tantôt isolées, tantôt rapprochées, se touchant presque; elles n'occupaient pas toujours les régions homonymes et en tous cas avaient constamment une disposition asymétrique.

Le nombre des lésions rencontrées sur la muqueuse était ordinairement peu élevé et variait de 3 à 5; chez un seul malade il s'est élevé à 13, chiffre assez considérable pour une région aussi limitée.

Les lésions de la muqueuse buccale sont représentées par de petites taches, qui varient de la dimension d'une petite tête d'épingle à celle d'une grosse lentille; de même que sur la peau, ce sont les lésions de dimensions moyennes qui sont les plus nombreuses, et elles sont circulaires, ovalaires, réniformes, en forme de biscuit, polycycliques ou irrégulières. Chez un seul malade, une tache de forme assez bizarre dépassait de beaucoup la dimension maxima observée sur les autres taches: de forme générale ovalaire allongée, son grand diamètre occupait presque toute la hauteur de la lèvre inférieure.

Les taches ont des limites très nettes, constituées par une saillie linéaire d'un blanc opaque, presque aussi mince qu'un fil, qui circonscrit sur toute son étendue une aire opaline.

La saillie limitante ne présentait de sillon qui la divisât sur aucune des taches, à l'exception de deux développées chez un même malade et occupant toutes deux la voûte palatine; sur ces deux taches, cette saillie, un peu moins mince que sur les autres, était manifestement divisée en deux parties dans le sens de sa longueur par un sillon étroit paraissant avoir été tracé avec la pointe d'une aiguille; sur l'une d'elles, le sillon était complet, sur l'autre il n'existait que sur une petite étendue.

Une seule tache, appartenant elle aussi au même malade et occupant le bord alvéolaire, n'était pas complètement entourée par la saillie périphérique, et, sur la partie du contour où cette saillie faisait

défaut, on voyait à sa place un petit canal rouge rosé. Avec l'ongle, on put parvenir à enlever quelque autre partie de la saillie, et on mit ainsi à découvert d'autres petits fragments du canal. Sur quelques petites taches on voyait un fin liséré hyperhémique, entourant en dedans et en dehors la saillie limitante.

L'aire incluse présentait une opalescence uniforme ou à peu près et dont l'intensité variable laissait plus ou moins transparaître la couleur rosée de la muqueuse; cette aire était légèrement convexe ou tout à fait plane, au même niveau ou à un niveau un peu plus élevé que la muqueuse saine du voisinage; parfois au contraire, elle était un peu concave et présentait un aspect très légèrement atrophique.

Rarement les taches sont dépourvues de saillie limitante et ont une surface absolument uniforme, légèrement saillante et nettement circonscrite. Chez un malade (Sim...) deux de ces taches, occupant le voile du palais, et chez un autre (Mar...) une tache, occupant le bord alvéolaire, avaient une opacité plus prononcée que dans les autres cas.

Une seule fois, sur le bord alvéolaire (Mar...), nous avons vu une petite tache sublenticulaire, à limites nettes, d'un blanc opaque, assez saillante, presque conoïde, à surface irrégulière et comme verruqueuse.

A un examen très attentif de toute la muqueuse buccale des malades atteints de cette singulière maladie, on peut parfois constater quelques îlots d'atrophie superficielle et circonscrite, sans caractères spéciaux, dont l'étendue et la forme laissent penser qu'ils sont le reliquat ultime de quelque lésion ancienne. Il nous est arrivé d'en constater sur le voile du palais et la voûte palatine de Sim....

On sait que sur la muqueuse de la voûte palatine, en particulier sur la moitié postérieure de celle-ci, et sur le voile du palais, particulièrement à sa partie supérieure et sur la ligne médiane, on peut voir, même chez des sujets sains, des dépressions punctiformes, d'un rouge brun, plus ou moins nombreuses, entourées ou non d'un étroit cercle opalin, légèrement saillant sur quelques-uns de ces éléments (orifices glandulaires). Or, au niveau de quelques-unes des lésions de la muqueuse que nous avons décrites, il peut y avoir des dépressions semblables occupant soit l'aire centrale, soit le sillon de la petite saillie périphérique ou encore tangentes à la périphérie; cependant le plus grand nombre des taches ne présentent pas de dépressions semblables.

On sait aussi que, sur la muqueuse buccale, plus spécialement sur les lèvres et sur les joues, on trouve de petites saillies presque rondes, miliaires ou submiliaires, rosées, presque translucides, donnant au toucher la sensation de corpuscules de consistance modérée et qu'une pression convenable exercée sur ces saillies fait sortir par un petit

orifice central une gouttelette de liquide séro-muqueux (corps glandulaires). Or, quoique rarement, il nous est arrivé de trouver 1 ou 2 de ces petites saillies au niveau de quelques-unes des lésions des lèvres ou des joues, et par la compression nous avons pu précisément faire sourdre par leur orifice une petite quantité du même liquide.

A l'exception de la petite tache saillante conoïde, occupant le bord alvéolaire chez Mar... et qui a été mentionnée plus haut, tache qui donnait au doigt, lorsqu'on le passait à sa surface, une légère sensation de rugosité, et de quelques petites taches à bordure un peu plus prononcée dont on parvient à peine à constater la présence, toutes les autres lésions de la muqueuse ne pouvaient être décelées par l'examen tactile.

Aucune des taches ne donnait lieu à une sensation subjective quelconque, si bien que, comme nous l'avons déjà dit, aucun de nos malades n'en avait notion avant notre examen.

Nous avons eu l'occasion d'observer chez un malade (Sim...) les lésions de la muqueuse et les lésions cutanées à divers intervalles, mais pour les premières l'intervalle de nos observations a été plus court et n'a pas dépassé au total la durée d'une année environ. Nous avons pu de la sorte constater que, comme les lésions cutanées, les altérations des muqueuses subissent quelques modifications, mais à un degré très faible et avec une très grande lenteur : elles se sont un peu étendues en largeur, sont devenues plus opalines, leur bordure est devenue plus prononcée ou au contraire ses caractères se sont légèrement atténués, et, si ces modifications dernières se produisaient sur de petites taches déjà peu apparentes, elles pourraient facilement échapper à l'examen.

Quant à l'apparition de taches nouvelles, nous pouvons affirmer n'en avoir constaté que 2, chez Sim..., l'une dans un examen pratiqué en octobre 1897, l'autre dans un examen pratiqué en décembre, c'est-à-dire quatre mois et six mois après le premier examen. Les petites taches nouvelles étaient déjà sublenticulaires et annulaires.

La description que nous avons donnée des lésions de la peau et des lésions de la muqueuse montre clairement que les caractères des lésions cutanées se répètent exactement sur les muqueuses, sauf, bien entendu, les différences dues à la différence de siège.

Tant sur la peau que sur la muqueuse, les lésions sont nettement circonscrites, présentent une aire incluse dans une saillie annulaire.

Cette saillie peut, sur les taches de la peau, être très mince et représentée seulement par une ligne blanchâtre, comme si elle était formée de squamules disposées en série, ou bien au contraire être assez prononcée, large, d'un gris jaunâtre, calleux, uniforme ou non. Sur les lésions de la muqueuse, elle est toujours mince, son épaisseur

ne varie que dans des limites assez étroites, et c'est seulement pour un petit nombre d'entre elles que le toucher parvient avec peine à en faire constater la présence.

Sur un grand nombre des taches de la peau, cette saillie est parcourue dans le sens de la longueur par un sillon, qui peut être très apparent, et laisse souvent voir nettement à sa partie moyenne un liséré corné. Sur la muqueuse, mais seulement sur un nombre très restreint de taches, la saillie peut aussi être parcourue par un étroit sillon, mais on ne parvient sur aucun élément à constater la présence du liséré dans le sillon. Aussi bien sur la peau que sur les muqueuses, le sillon peut être interrompu.

L'aire incluse des taches de la peau peut être déprimée à un degré variable, et présenter des traces plus ou moins manifestes d'atrophie, avoir la coloration de la peau normale, être un peu plus pâle, ou de coloration rouge-brun due à l'hyperhémie et à la pigmentation; elle peut au contraire être plane, être située au niveau ou peu au-dessus du niveau de la peau saine du voisinage, être calleuse à un degré léger ou accentué. De même, sur la muqueuse, l'aire interne des taches peut paraître légèrement déprimée et présenter l'aspect d'une atrophie superficielle, ou être plane, et située au même niveau que la muqueuse saine du voisinage ou un peu au-dessus de ce niveau; elle peut être légèrement ou fortement opaline et laisser voir plus ou moins nettement par transparence la couleur rouge-rosé de la surface sous-jacente.

De même que sur la peau on observe des taches, calleuses en totalité, sans bordure annulaire manifeste, de même sur la muqueuse on rencontre, rarement à la vérité, des taches, opalines dans leur totalité et à un degré plutôt élevé, dépourvues de saillie limitante. Chez un malade nous avons rencontré sur la muqueuse une petite tache, d'un blanc opaque, conoïde, à surface irrégulière, presque verruqueuse, qui a son analogue dans les taches verruqueuses cornées de la peau.

La concordance est donc manifeste entre les lésions de la peau et celles de la muqueuse. Il est évident que l'aspect blanc opaque et opalin des taches de la muqueuse correspond à l'aspect calleux ou à l'épaississement corné plus ou moins accusé des taches de la peau.

Nous ne croyons pas devoir passer sous silence de petits flocs d'atrophie superficielle et circonscrite, que l'on peut rencontrer sur la muqueuse et que nous avons considérés comme représentant très vraisemblablement le résidu ultime de taches préexistantes; ces lésions correspondent aux petites taches atrophiques de la peau, qui, d'après notre observation directe, représentent indubitablement la phase ultime de lésions antérieures. La très lente extension des lésions, leur état stationnaire, dirions-nous presque, la possibilité de leur exagération ou de leur atténuation, la rareté du développement

de lésions nouvelles, etc., sont autant de caractères qui appartiennent aussi bien aux localisations cutanées de l'affection qu'aux localisations sur les muqueuses.

Nous avons déjà dit que les altérations cutanées peuvent débiter par une lésion unique, à laquelle, après une période de temps très variable pouvant atteindre un grand nombre d'années (Mar... 20 ans, Sim... 30 ans), commencent à s'en ajouter d'autres dans la même région ou dans des régions différentes. Or, les lésions suivantes peuvent se présenter à quelques mois ou à quelques années d'intervalle l'une de l'autre, la maladie affectant ainsi une marche progressive continue, ou bien, après des périodes de repos parfois très longues, on voit apparaître quelques lésions au bout d'un temps relativement court, mais se chiffrant toujours par mois ou par années, ce qui donne à l'affection une marche assez irrégulière.

En tout cas, la maladie suit une marche éminemment chronique.

En ce qui concerne le mode de distribution des lésions qui se produisent successivement dans tout le cours de la maladie, nous sommes en mesure, en nous basant sur les renseignements fournis par les rares malades qui ont pu se rappeler leur histoire avec une précision suffisante, d'affirmer qu'il peut y avoir une grande irrégularité et que, par exemple, la maladie peut rester longtemps limitée à un certain nombre de lésions occupant un pied, sans qu'il se produise de nouveaux éléments, jusqu'au moment où le pied du côté opposé est atteint (Torrello Bel...), ou bien au contraire deux régions homonymes sont intéressées simultanément et d'une façon également progressive (les mains chez Torrello Bel... et chez Agathe), ou encore, après l'apparition des premières lésions à l'extrémité d'un membre inférieur, il s'en produit d'autres à l'extrémité du membre supérieur du côté opposé (Mar...). On peut voir aussi les extrémités des membres intéressées pendant longtemps avant que l'affection n'atteigne le visage (Sim...).

Il faut dire cependant que, dans les cas où la durée est déjà longue et où les lésions sont nombreuses, l'affection finit par être bilatérale.

Quant à la muqueuse buccale, nous pouvons dire en toute sûreté que l'affection y présente comme à la peau une marche chronique, mais nous ignorons combien il se passe de temps entre l'apparition des lésions de la peau et de la muqueuse buccale et quel est l'ordre dans lequel elles se produisent.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 7 JUILLET 1898

PRÉSIDENTE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal : Papillome muqueux bénin de la lèvre inférieure, par M. GASTOU. (Discussion : MM. DU CASTEL, JACQUET, LEREDDE.) — Quel est le rôle protecteur des ganglions lymphatiques dans la syphilis, par M. SOTTAS. (Discussion : M. DU CASTEL.) — Lymphangites tuberculeuses à marche rapide, par MM. BALZER et LEROY. (Discussion : M. DU CASTEL.) — Troisième note sur une nouvelle forme de séborrhéide, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. BROCC, DU CASTEL, BESNIER.) — Cas de dermatite herpétiforme à lésions systématisées avec production de cicatrices et de kystes épidermiques, par M. L. BROCC. (Discussion : M. LEREDDE.) — Sur un cas d'urticaire pigmentée publié antérieurement comme un cas probable de lèpre, par M. HALLOPEAU. — Les caratès, par M. SABOURAUD. (Discussion : M. MOTY.) — Lupus tuberculeux traités par les injections de calomel, par M. DU CASTEL. (Discussion : M. BROCC, GAUCHER, MOTY, MOREL-LAVALLÉE, FOURNIER, GASTOU, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU.) — Syphilides tuberculeuses écloses sur l'emplacement d'inoculations vaccinales, par M. A. FOURNIER. — Syphilides ou tuberculides mutilantes, par M. A. FOURNIER. (Discussion : MM. GASTOU, BESNIER.) — De l'emploi du monochloro-phénol dans le lupus et la tondante, par M. BARBE. (Discussion : MM. SABOURAUD et BARBE.) — Cas de vitiligo aigu lié au développement d'une névrite périphérique chez un intoxiqué par les essences de pétrole, par M. EMERY. — Micropolyadénopathie inguinale consécutive à un chancre vulvaire chez une femme enceinte, par M. EMERY. — Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes et localisation suivant des sphères de distribution nerveuse, par M. HALLOPEAU et ERNEST GASNE. — Syphilis héréditaire ou acquise de la première enfance. — Glossite scléreuse. Lésions dentaires. Syphilome de la cuisse, par MM. HALLOPEAU et LEREDDE. (Discussion : M. FOURNIER.) — Cas de tuberculides ou syphilis, par M. GASTOU. (Discussion : MM. LEREDDE, BARTHÉLEMY, BEAUDOIN.) — Dermite chronique électrique professionnelle, par M. BARTHÉLEMY. — Hyperostoses nasales de croissance, par MM. FOURNIER et DIDSURY. (Discussion : MM. MOTY et FOURNIER.) — Névrodermite chronique de la verge guérie par les scarifications, par MM. L. JACQUET et PH. MESNARD. — Syphilis sans adénopathie, par M. LANDOUZY. (Discussion : MM. MAURIAC, BARTHÉLÉMY, BROCC, LANDOUZY, GÉMY, RENAUULT, BESNIER.) — Élections. — Prix Zambaco.

Ouvrages offerts à la Société.

E. GAUCHER. — *Traité des maladies de la peau*. Tome I, 1895 et tome II, 1898. Octave Doin, éditeur. Paris.

LINDSTROM. — Modifications du sang des syphilitiques sous l'influence des injections intra-veineuses de mercure. Ext. : *Presse médicale*, 1898.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Papillome muqueux bénin de la lèvre inférieure.

Par M. GASTOU.

Dans la dernière séance de la Société, j'ai montré le moulage de la lésion, présentée par une jeune malade, lésion que vous aviez déjà vue dans une séance précédente et pour laquelle le diagnostic de chancre induré était resté en suspens, en l'absence d'adénopathie et de commémoratifs.

J'avais dénommé cette lésion, d'après ses caractères anatomiques, papillome muqueux bénin. Depuis lors, M. Du Castel a eu l'occasion de donner ses soins à un jeune homme porteur d'un chancre de la lèvre inférieure et d'accidents syphilitiques nets. Or, ce jeune homme, vivant en relations constantes avec la jeune femme en question, on est en droit de penser que, du fait de cette cohabitation, la lésion dont voici le moulage est un chancre et non un papillome bénin, ainsi que j'en avais émis l'opinion dans la précédente séance.

Je renouvelle ici ce que j'ai dit alors, qu'au point de vue histologique il n'existe aucun caractère saillant pouvant faire affirmer que la lésion est un chancre, mais au contraire l'aspect de la lésion est celui d'une néoplasie d'origine lymphatique.

C'est pourquoi, et à l'occasion du fait clinique et de l'étude histologique de la lésion, je demanderai à la Société :

1° Peut-on, de par l'examen histologique, affirmer l'existence d'un chancre syphilitique douteux cliniquement ?

2° Si on admet que cette malade est syphilitique, à cause de la coïncidence d'un chancre et d'accidents syphilitiques chez son amant, ne peut-on dire, de par les caractères cliniques et anatomiques de la lésion, qu'il s'agit d'une syphilome et non d'un chancre ?

3° Enfin, une lésion banale, quelconque, ne peut-elle pas, du fait qu'elle se développe chez un syphilitique, prendre des caractères cliniques et anatomiques particuliers, dus au terrain syphilitisé ?

Telles sont les questions que ce cas me paraît soulever.

M. DU CASTEL. — Je crois que la lésion est syphilitique. Quoique je n'aie pas trouvé chez la malade d'autres signes en rapport avec l'existence de cette maladie, sa confrontation avec un amant atteint de chancre labial et d'accidents syphilitiques, qu'il semble tenir d'elle, me paraît devoir être un argument probant en faveur de la syphilis.

Je ne discuterai pas la nature histologique de la lésion, mais s'il ne s'agit pas d'un chancre, mais d'un syphilome, le cas est encore bien plus intéressant, puisqu'il soulève la question de la contamination possible par des accidents tertiaires.

M. L. JACQUET. — Je crois volontiers qu'il existe un ensemble de carac-

tères histologiques permettant d'annoncer la nature syphilitique d'une lésion. Mais pour l'inverse, c'est-à-dire pour nier *catégoriquement* cette même nature, au cas où rien ne révèle des caractères positifs d'une autre néoplasie, je crois qu'il faut être très réservé, très prudent, le cas de M. Gastou en est une preuve.

M. LEREDDE. — Je ne crois pas que, sauf dans des cas particuliers, on puisse affirmer qu'une lésion est syphilitique, de par ses seuls caractères histologiques, mais souvent on peut affirmer qu'une lésion ne l'est pas.

Quel est le rôle protecteur des ganglions lymphatiques dans la syphilis ?

Par M. SOTTAS.

Dans l'avant-dernière séance de la Société, M. Landouzy a présenté un malade atteint de syphilides malignes précoces ; n'ayant constaté chez lui qu'un rudiment d'engorgement ganglionnaire, il a pensé que cette circonstance pouvait peut-être expliquer la gravité et la précocité des manifestations cutanées, et a demandé à la Société si, dans les cas identiques à celui qu'il présentait, ce défaut de réaction ganglionnaire était la règle.

Dans l'impossibilité de répondre, avec certitude, à cette question ainsi posée *ex-abrupto*, la Société prit l'engagement de rechercher à l'avenir l'état des ganglions dans ces formes insolites, et déjà, dans la séance du mois dernier, M. Emery nous présentait un cas de syphilides malignes précoces, avec absence de réaction ganglionnaire, semblant confirmer l'opinion de M. Landouzy sur le rôle frénateur de cette réaction.

Ces communications diverses m'ont rappelé qu'un de mes excellents collègues, le Dr Dubuc, avait, en 1864, alors qu'il était interne de Bazin, pris pour sujet de thèse : *Les syphilides malignes précoces*.

J'ai retrouvé ce travail très soigné et qui, bien que vieux de plus de trente ans, à part quelques considérations sur la syphilisation, est encore absolument au point aujourd'hui.

Eh bien, dans ce texte, où M. Dubuc décrit les syphilides malignes précoces, depuis la pustule profonde jusqu'aux formes tuberculeuse, ulcéreuse et gangréneuse, il signale, à plusieurs reprises, l'engorgement ganglionnaire, tant local que général, et je ne puis résister au désir de vous en citer au moins un passage :

« Le système lymphatique, dit l'auteur, est engorgé dans les syphilides précoces comme dans les syphilides exanthématiques de la forme commune. Les ganglions qu'on trouve le plus souvent hypertrophiés, après ceux de l'aîne, qui deviennent les premiers malades à cause de leur rapport anatomique avec l'accident initial,

« sont les ganglions de la région cervicale postérieure, ce qui s'explique par la fréquence des éruptions à la tête. Mais l'induration n'est pas toujours limitée aux régions que nous venons d'indiquer ; dans quelques cas, comme dans l'observation 3, on a noté l'engorgement de tous les ganglions lymphatiques superficiels du corps. Hâtons-nous d'ajouter que cet engorgement est presque toujours modéré, et qu'il est rare de voir des ganglions dépasser le volume d'une noisette ou d'une amande. »

M. Dubuc a donc nettement constaté l'engorgement ganglionnaire ; aussi bien n'est-ce pas de ce côté qu'il a recherché la cause de ces formes graves de syphilis cutanée ; après avoir fait remarquer que tous ces sujets étaient dans la force de l'âge, robustes pour la plupart, non adonnés à l'alcool, et qu'on ne pouvait invoquer chez eux ni la misère ni les privations, il rapporte que 6 sur 11 de ces malades avaient eu, comme accident initial, un chancre à induration variable, mais compliqué de phagédénisme. Tout en reconnaissant que sa statistique est trop restreinte pour se permettre d'en tirer une conclusion étiologique formelle, il signale cette coïncidence à la méditation du lecteur.

Chez le malade de M. Emery, on trouve aussi une plaque phagédénique dans l'aîne et il n'a pas été possible de préciser le siège de l'accident primitif. Dans la neuvième observation de M. Dubuc, la même disposition s'est rencontrée, et cependant la malade était atteinte d'une syphilis maligne précoce au premier chef, car elle succomba, sept semaines seulement après le début des premières manifestations constitutionnelles, à des complications viscérales syphilitiques multiples.

Il appert enfin du travail de M. Dubuc que dans ces formes de syphilides malignes précoces, le traitement mercuriel seul, sous quelque forme et à quelque dose qu'on l'emploie, est absolument impuissant même à modifier la marche de l'éruption ; qu'il faut, de toute nécessité, lui associer l'iodure de potassium et même donner à celui-ci le rôle prépondérant dans l'association.

Si j'ai exhumé la thèse de mon ami Dubuc, c'est qu'elle m'a paru être, jusqu'à plus ample informé, une réponse topique à la question de M. le professeur Landouzy et aussi de nature à intéresser la Société au moment où cette question des syphilis malignes précoces est remise à l'ordre du jour.

M. DU CASTEL. — La note que vient de lire M. Sottas est des plus intéressantes. Il semble donc qu'un chancre puisse parfaitement ne pas s'accompagner de ganglions et être néanmoins syphilitique. Tel le cas dont vient de nous parler M. Gastou.

Il semble aussi qu'il n'est pas besoin de ganglions pour arrêter la syphilis, puisque dans les syphilis malignes on rencontre tantôt des adénopathies intenses et multiples, tantôt l'absence d'adénopathies.

Lymphangites tuberculeuses à marche rapide.

Par MM. F. BALZER et LEROY.

Joseph L..., Agé de 23 ans, tailleur d'habits, entre le 23 juin à l'hôpital Saint-Louis dans la salle Hillairet, n° 15. Pas d'antécédents héréditaires ; pas de maladies antérieures ; mais il tousse et crache un peu tous les hivers depuis trois ou quatre ans. A l'âge de 15 ans, il eut au médius de la main droite une ulcération symptomatique d'une ostéo-périostite encore manifeste aujourd'hui. A la suite de cette ulcération, quelques semaines après, il se développa à la face dorsale de la main, au bord cubital de l'avant-bras droit, à la face interne du bras droit et dans l'aisselle une série de nodosités volumineuses qui s'ulcérèrent et laissèrent à leur suite des cicatrices encore visibles actuellement et qui sont blanchâtres, presque lisses, un peu déprimées. L'une d'elles adhère au périoste du cubitus.

L'ensemble de ces accidents dura environ deux mois, donnant un exemple remarquable de cicatrisation spontanée. Cette première poussée de lymphangite a pris le bord interne du membre supérieur.

Trois ans après, le médius gauche fut atteint à son tour d'ostéo-périostite ; il se forma un abcès qui laissa à sa suite une fistule profonde et persistante.

La seconde poussée de lymphangite est récente, car les accidents pour lesquels le malade entre actuellement à l'hôpital remonteraient à deux mois. Cette fois, la poussée a suivi le bord interne du membre supérieur droit. On voit sur le bord postéro-interne de l'avant-bras quatre foyers tuberculeux superposés et suivant nettement le trajet des lymphatiques de la région. La peau qui les sépare présente une coloration normale, elle est mobile sur les tissus sous-jacents ; en quelques points, une palpation attentive permet de sentir les cordons indurés constitués sans doute par les lymphatiques engorgés. Plus distante des éléments précédents, sous l'épitrachlée on note la présence d'une lésion similaire ; une autre encore siège à l'aisselle au niveau du rebord saillant du grand pectoral.

A la face dorsale de la main gauche, on trouve au niveau de la racine du pouce une gomme isolée.

L'évolution des éléments est la suivante : ils débutent, au dire du malade, par de petites nodosités qui augmentent assez rapidement de volume ; à leur niveau la peau rougit et s'indure, puis la petite tumeur se ramollit et s'ouvre en laissant couler du pus. Le pourtour de l'orifice ainsi formé s'agrandit, les bords se décollent et s'amincissent ; la peau du voisinage s'infiltré et prend une teinte violacée.

Actuellement, le fond de l'ulcération est sanieux et bourgeonnant ; par la pression, on fait facilement sourdre le pus. Les foyers inflammatoires présentent une forme irrégulièrement arrondie ; leur dimension moyenne est d'une pièce de deux francs. L'ulcération n'occupe qu'une petite partie de cette surface, la majeure partie étant constituée par une peau infiltrée, amincie, que l'on fait facilement glisser sur le fond de l'ulcère. Cette peau est lisse à sa face interne, qui semble recouverte par

l'épiderme et ne présente aucune tendance à se recoller et à adhérer au fond bourgeonnant de l'ulcère.

Quoique presque contemporains, les éléments ne sont pas tous au même stade d'évolution, les plus rapprochés de la main étant les plus avancés. L'élément le plus inférieur du bras droit a été gratté à la curette depuis l'entrée du malade à l'hôpital. D'une façon générale, l'ulcération de la tumeur se produit un mois après son apparition.

Les ganglions du coude ne sont pas perceptibles, ceux de l'aisselle droite sont engorgés.

Les deux médius atteints d'ostéo-périostite sont déformés et volumineux ; la peau qui les recouvre est rouge ou violacée et peu mobile ; au médius gauche qui présente une fistule persistante, la peau adhère intimement à l'os.

On note de plus au niveau de la racine du médius droit, deux petites ulcérations gommeuses de date récente.

L'état général est assez bon ; le malade tousse et crache un peu, les fonctions digestives sont normales. L'auscultation ne révèle aucun signe net de tuberculose pulmonaire.

L'examen clinique ne permet aucun doute sur la nature des lésions. Il s'agit manifestement de gommes tuberculeuses ayant débuté dans le périoste et l'os des phalanges des doigts ; secondairement, lymphangite avec foyers tuberculeux qui se sont développés en deux poussées successives et en s'échelonnant sur le bras droit jusqu'à l'aisselle.

Ces gommes tuberculeuses lymphangitiques évoluent nettement avec les caractères assignés par les auteurs à cette forme de la tuberculose cutanée, aujourd'hui bien distinguée des autres variétés : formation d'une nodosité sous-cutanée qui ne tarde pas à se ramollir, amincissement progressif de la peau, évacuation du contenu purulent, formation d'un ulcère à bords très amincis, profondément décollés. Ces bords n'offrent pas de tendance à adhérer sur le fond bourgeonnant à cause de l'enroulement de l'épiderme et de l'organisation du revêtement cellulaire de leur face profonde. Toute cette évolution suppurative se fait à froid, comme l'ont bien démontré les auteurs qui ont le mieux étudié la question dans ces dernières années (Hallopeau, Gaucher, Lejars, Goupil, etc...). Ces gommes tuberculeuses sous-cutanées représentent les abcès froids des anciens (Lannelongue), et elles en offrent bien les allures dans leur évolution et dans l'organisation de leurs parois.

Les doigts paraissent avoir été le point de départ et peut-être la porte d'entrée de la tuberculose qui a atteint bientôt le périoste et l'os, puis s'est étendue en suivant la voie des lymphatiques.

Ce qui nous paraît frappant dans ce cas, c'est l'individualisme de cette variété de tuberculose. Les cicatrices qui existent sur le bord cubital de l'avant-bras droit offrent assez bien l'apparence de cic-

trices lupiques, mais l'observation du malade nous apprend que les lésions ont évolué en ce point en trop peu de temps pour que le diagnostic de lupus puisse être discuté.

Il faut remarquer aussi la rapidité avec laquelle se sont produites les deux poussées de lymphangite : la première aurait évolué en deux mois, au dire du malade. Celle que nous avons actuellement sous les yeux date également de deux mois et ne tend plus à progresser. Nous sommes disposés à penser que les infections secondaires ont dû favoriser le développement rapide de ces lymphangites.

Mais pour créer des lésions dont l'évolution clinique reste ainsi identique à elle-même et sans mélange avec les autres formes de la tuberculose cutanée, il faut que l'agent pathogène de la tuberculose puisse vivre indéfiniment dans un état spécial d'atténuation qui ne se modifie que très difficilement. L'identité d'évolution nous paraît avoir été manifeste ici à la fois dans la peau, dans l'os et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous n'ajouterons qu'un mot relatif au traitement qui sera le suivant : excision des bords décollés des ulcères, curettage du fond bourgeonnant des ulcères, pansement à l'iodoforme. Ces petites opérations seront faites, bien entendu, après anesthésie locale préalable avec la cocaïne à 1 p. 100 ou avec le liquide de Schleich.

M. DU CASTEL. — Le malade a eu antérieurement une tuberculose verruqueuse du côté gauche, tuberculose dont la guérison a été spontanée.

Troisième note sur une nouvelle forme de séborrhéide.

Par M. H. HALLOPEAU.

La poussée aiguë que nous avons décrite dans nos précédentes communications sur la nommée Bern.... est entièrement éteinte ; la desquamation en larges et épais lambeaux ne s'est effectuée qu'une fois : elle était déjà presque complète lorsque nous avons présenté la malade au mois de mai ; depuis lors, les faces palmaires et plantaires, qui restaient seules atteintes, se sont à leur tour dépouillées de leur épiderme et la maladie est entrée dans une nouvelle phase ; on n'a pas revu, en effet, les boutons suppurés confluents, si remarquables, du début, non plus que les petites squames avec prolongements comédoniens ; les seuls phénomènes anormaux qui soient encore appréciables consistent en une légère desquamation furfuracée actuellement localisée en quelques régions et une coloration érythémateuse sombre ; les altérations présentent leur maximum d'intensité derrière les oreilles où elles revêtent les caractères typiques de la dermatose séborrhéique ; le cuir chevelu est également intéressé suivant le même mode ; le visage a repris son aspect normal ; la desquamation est peu abondante sur le tronc : elle n'y est

plus représentée que par de légers *furfurs* ; ils reposent sur des plaques érythémateuses, d'une couleur pâle, appréciables au toucher plutôt par la sensation douce que donne leur surface que par une très légère saillie ; elles forment pour la plupart de larges traînées, mesurant de 2 à 6 millimètres, dirigées verticalement et réunies par des anastomoses transversales ; les intervalles de peau saine forment un réseau intercalé au précédent.

La desquamation est encore appréciable, dans une très faible mesure, au niveau des bras, à la partie supéro-interne des cuisses et à la plante des pieds ; elle ne s'accompagne plus de prurit.

En somme, des flots disséminés de desquamation avec une légère coloration érythémateuse et des lésions typiques de séborrhée au cuir chevelu ainsi que derrière les oreilles restent les seuls vestiges de la dermatose aiguë décrite précédemment : il n'y a plus trace en particulier des pustulettes non plus que des relations indiquées précédemment entre les squames et des comédons.

Il ne s'agit pas cependant d'une simple desquamation consécutive à cette dermatose aiguë ; depuis deux mois, en effet, les squames sont tombées et se sont renouvelées incessamment ; il y a donc là une éruption dont la parenté avec la précédente est indiscutable, mais qui cependant en diffère par ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques.

Comment la dénommer ? elle ne peut recevoir l'étiquette de *psoriasis*. On sait qu'Unna a établi l'existence de relations étroites entre la séborrhée et le psoriasis et que, suivant lui, un bon nombre des faits généralement classés dans le psoriasis vulgaire ne sont autres que des affections séborrhéiques psoriasiformes.

Nous avons le regret de n'être pas d'accord à cet égard avec notre éminent collègue de Hambourg : pour nous, il a décrit surtout, non une séborrhée psoriasiforme, mais un psoriasis empruntant au terrain séborrhéique des caractères particuliers ; nous avons invoqué, en faveur de cette manière de voir, les résultats du traitement qui sont les mêmes que dans le psoriasis et non dans la séborrhée ; mais s'agit-il ici d'un de ces psoriasis séborrhéiques ? Cette éruption n'en présente pas les caractères ; nulle part en effet les plaques ne sont nummulaires ; nulle part il n'y a trace d'imbrication des squames ; l'affection n'existe plus aux coudes ni aux genoux ; la surface desquamée ne saigne pas facilement sous l'influence du grattage : cette éruption n'est donc pas psoriasiforme.

On ne saurait soutenir davantage l'hypothèse d'un psoriasis foliacé : le tégument de la malade ne présente pas en effet la coloration rouge intense et uniforme qui caractérise cette éruption ; les sensations de cuisson et de prurit font entièrement défaut ; enfin, nous le répétons, les altérations du cuir chevelu et rétro-auriculaires sont, en toute évidence, celles que l'on décrit dans la séborrhée.

Nous sommes ainsi conduit à admettre que cette femme est actuellement atteinte d'une dermatose érythémato-squameuse séborrhéique survenue consécutivement à la dermatite suppurative précédemment décrite.

Il ne nous paraît pas possible de leur donner un des noms usités en dermatologie : il ne s'agit pas plus d'un eczéma que d'un psoriasis ; ni la distribution de l'érythème, ni les caractères des squames ne sont ceux que l'on observe dans cette dermatose ; on ne peut dire non plus que nous ayons affaire à un pityriasis ; ni l'étendue d'une partie des squames ni la disposition en traînées de l'érythème ne s'observent dans cette affection.

Nous nous trouvons ainsi conduit à créer une nouvelle dénomination et nous proposons celle de *séborrhéide érythémato-squameuse*, en donnant au radical *séborrhée* une signification surtout clinique, car, si l'observation justifie pleinement le rapprochement qui a été fait sous ce nom, surtout par Unna, entre des dermatoses qui diffèrent par leur aspect et leur localisation, il n'est pas encore pleinement démontré qu'elles soient toutes subordonnées à un trouble dans l'excrétion graisseuse.

Si notre proposition est adoptée, il y aura lieu de distinguer des *séborrhéides pityriasiques*, *eczémateuses*, *marginées*, *nummulaires*, *psoriasiformes*, *exfoliatrices* et *suppuratives* de diverses formes.

(Cette note était rédigée lorsque j'ai eu connaissance d'un article publié par M. Brocq, le 6 mars 1897, dans la *Presse médicale* sous le nom de *séborrhéites*, lequel a été rectifié en *séborrhéides* dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, numéro de septembre de la même année : la priorité revient donc à notre excellent collègue et ami ; je me félicite seulement d'être arrivé de mon côté à la même conception.)

M. BROcq. — Je suis très heureux de voir M. Hallopeau accepter la dénomination de *séborrhéides*, par laquelle j'ai remplacé celle de *séborrhéites* que j'avais d'abord employée.

M. DU CASTEL. — Cette malade a fait une sorte de poussée éruptive infectieuse, une véritable dermatite infectieuse.

M. BESNIER. — Il s'agit bien d'une dermatite qui est démontrée par les lésions des ongles, et qui, par ses caractères, ressemblait à certains eczémas séborrhéiques.

Mais c'est une dermatite à dénommer, son évolution n'est pas celle des dermatites analogues, car alors qu'elle semblait devoir être maligne, elle s'est améliorée rapidement.

Cas de dermatite herpétiforme à lésions systématisées avec production de cicatrices et de kystes épidermiques.

Par M. L. BROcq.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter me paraît digne d'être signalé à votre attention pour deux raisons :

La première à cause de l'aspect assez spécial qu'a revêtu sa dermatose, la seconde à cause de la médication que nous lui avons fait subir.

Voici, d'après les notes qui m'ont été fournies par mes excellents internes MM. L. Bernard et Lenglet, comment on peut résumer son histoire.

C'est un homme de 71 ans dont les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, et qui n'offre comme antécédents personnels, au point de vue cutané, qu'une éruption discrète composée de 30 ou 40 éléments environ survenue après sa première vaccination vers l'âge de dix ans. Vers l'âge de 50 ans il a eu de violentes crises hépatiques, puis un abcès de la région anale, abcès qui fut suivi de fistule dont on ne put le guérir qu'après une série d'opérations.

L'affection dont il est atteint a commencé en décembre 1896 à la suite de violents chagrins, dit-il (mais il faut ajouter que ces ennuis ont précédé d'environ trois mois les premiers phénomènes éruptifs), par une éruption d'éléments rouges faisant saillie, modérément prurigineux, qui s'excoriaient facilement par les frottements et le grattage, ou qui se des- séchaient en se recouvrant d'une croûte centrale.

La première région atteinte a été le cuir chevelu, puis les joues et enfin la poitrine.

En mai 1897, l'éruption s'étendit et devint nettement bulleuse, les éléments éruptifs étaient disséminés çà et là, en quelques points du corps, mais ils prédominaient à la région présternale, aux aisselles, et vers les plis génito-cruraux : et ils ont en somme toujours présenté une remarquable tendance à se systématiser en quelques régions circonscrites des téguments.

D'après les renseignements fournis par le malade, ces bulles se flétrissaient peu à peu ou s'ouvraient accidentellement ; elles se recouvraient d'une croûte brunâtre, assez épaisse, qui reposait sur un derme suintant ; puis elles se détachaient en laissant la peau rouge ; peu à peu cette coloration disparaissait, mais il restait un aspect lisse, un peu brillant, parfois blanchâtre, parfois grisâtre ou légèrement pigmenté.

Les démangeaisons ont été pour ainsi dire constantes : elles ont parfois atteint, au dire du malade, une telle intensité, surtout au niveau de la région présternale, qu'elles provoquaient de véritables crises nerveuses.

C'est en février 1898 que ce malade est venu nous voir pour la première fois à notre policlinique dermatologique de l'hôpital Pascal. Voici en quelques mots quel était son état.

Sur le devant de la poitrine, vers la ligne médiane, se voyaient trois

plaques éruptives, étagées les unes au-dessus des autres : la plus élevée était de beaucoup la plus considérable ; elle était située un peu au-dessus de la fourchette sternale.

Chaque plaque était irrégulièrement ovulaire à grand axe transversal, rouge, un peu cicatricielle d'aspect ; elles étaient recouvertes en partie de croûtelles épaisses arrondies ou un peu irrégulières, vestiges de bulles desséchées.

Au niveau de la plaque supérieure se voyaient des sortes de vésicules et de toutes petites bulles de la grosseur d'un tout petit pois, les unes transparentes, d'autres louches ou d'un jaune brunâtre.

Au niveau des creux axillaires se voyaient des placards semblables, rouges et présentant quelques bulles de quatre à six millimètres de diamètre.

Les deux joues au niveau de leur partie latérale préauriculaire et les régions voisines des tempes présentent une vaste plaque cicatricielle d'aspect ; à ce niveau la barbe, qui a été épilée en mai 1897, n'a jamais repoussé. Les bords de ces plaques sont assez nettement arrêtés ; mais ils sont assez irréguliers. Leur surface est violacée par places, blanchâtre en d'autres, lisse sur la plus grande partie de son étendue ; cependant en quelques points, surtout vers les bords, se voient quelques croûtelles d'un jaune brunâtre consécutives à des bulles anciennes, et une ou deux grosses bulles récentes du volume d'une petite cerise remplies de liquide séreux transparent.

En outre, la surface de ces plaques cicatricielles se trouve parsemée çà et là d'un assez grand nombre de kystes épidermiques miliaires, formant des punctuations d'un blanc jaunâtre des plus accentuées.

Le cuir chevelu est également envahi par l'éruption : au niveau de régions alopeciques, ou même au niveau de points où les cheveux existent encore, se voient des croûtelles jaunâtres ou d'un jaune brunâtre, vestiges de bulles, reposant sur un cuir chevelu d'un rouge plus ou moins vif, et par places des bulles récentes, transparentes, quelques-unes sans rougeur périphérique, et comme formées d'emblée sur le cuir chevelu sain, du moins en apparence.

A plusieurs reprises le malade a éprouvé des sensations fort pénibles de picotement à la gorge : ces sensations ont persisté parfois pendant plusieurs jours sans que l'on ait pu nettement y constater d'éruption.

L'éruption procède par poussées successives ; les bulles évoluent en cinq à dix ou quinze jours ; dès qu'elles sont guéries, elles sont remplacées par d'autres, et ainsi de suite. Actuellement elle est fort prurigineuse, douloureuse même lorsque les bulles ont été excoriées.

L'état général du malade est satisfaisant : on n'a guère à noter chez lui qu'un certain degré d'artériosclérose.

Il a été immédiatement soumis aux bains statiques secs avec effluves légères. Les premiers essais n'ont pas semblé donner de bons résultats. Il y a eu de nouvelles poussées de bulles au niveau des deux centres nouveaux d'éruption, l'un vers le coude gauche, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, l'autre vers le milieu de la cuisse droite, de 8 à 10 centimètres de diamètre. Mais, après de fort nombreuses séances en mai, les déman-

geaisons ont paru diminuer et les bulles sont devenues moins fréquentes.

Voici quel était son état le 12 juin.

Vers l'angle de la mâchoire gauche, sur le bord de la plaque cicatricielle, démangeaisons fort vives et soulèvements bulleux : on en retrouve également sur la tempe et la joue droite, mélangés à des croûtes, sur le cuir chevelu où ils sont très irrégulièrement disséminés, à la région présternale, à la partie médiane du dos, à la cuisse droite, où les lésions sont constituées par des éléments érythémateux, érythémato-bulleux et croûteux.

Le 4 juillet, nous constatons que l'état du malade est vraiment meilleur.

Les démangeaisons ont beaucoup diminué d'intensité. Les éruptions bulleuses sont beaucoup moins nombreuses. Ils en forme à peine quelques-unes de temps en temps sur la limite des plaques des joues. Il y en a toujours quelques-unes, mais moins volumineuses qu'autrefois, sur le cuir chevelu. La plaque présternale est encore rouge, couverte de squames et de croûtelles, mais on n'y voit plus de bulles en activité ; au niveau du coude gauche, la peau de la plaque qui se trouve en ce point est rouge, luisante, un peu cicatricielle d'aspect, mais il n'y a pas eu de bulles depuis quelque temps, quoique le malade y éprouve de vives démangeaisons. Par contre, la plaque de la cuisse droite est en pleine activité : elle est recouverte de plusieurs bulles transparentes et de croûtelles, le tout reposant sur un fond rouge ; tous les jours, il s'y forme de nouveaux éléments, mais il n'y a pas trop de prurit en ce point. Par contre, le malade éprouve à la nuque des démangeaisons extrêmement vives, bien que les téguments n'y présentent aucune lésion visible.

L'examen du liquide des bulles a révélé la présence d'une grande quantité de cellules éosinophiles ; mais notre distingué interne, M. Lenglet, n'en a pas trouvé dans le sang : il est vrai de dire que ce dernier examen a été fait à quelques jours de distance de l'examen des bulles. Les urines ne renferment que fort peu d'urée, de 6 à 7 grammes en vingt-quatre heures : il y a donc une hypoazoturie des plus accentuées ; elles contiennent en outre des traces sensibles d'indican.

Les particularités les plus intéressantes de l'histoire clinique de ce malade peuvent donc être résumées de la manière suivante :

Éruption érythémateuse, vésiculeuse, bulleuse, datant de plus d'un an et demi, s'accompagnant de démangeaisons parfois des plus vives, parfois assez modérées, se produisant par poussées presque incessantes, et se faisant toujours en des régions nettement circonscrites ; en outre ces régions, surtout au niveau des joues, ont peu à peu pris un aspect cicatriciel : ce processus a même été assez accentué pour déterminer l'atrophie des bulbes pileux et la production de petits kystes épidermiques, analogues à ceux que l'on observe dans la dermatose à laquelle nous avons donné les noms de pemphigus successif à kystes épidermiques, et que M. le Dr Hallopeau a bien étudié dans ces derniers temps sous le nom de dermatite bulleuse congénitale avec kystes épidermiques.

Quel diagnostic devons-nous porter chez ce malade ? Il est évident que si l'on ne considère que la marche générale de l'affection, son début il y a un an et demi, son évolution par poussées incessantes, la nature érythémateuse, vésiculeuse et bulleuse des lésions cutanées, le prurit qui les accompagne, la conservation du bon état général du sujet, l'absence de toute lésion viscérale, etc... on conclut à la dermatite herpétiforme. Mais il faut reconnaître que l'aspect en est véritablement insolite. La fixité des lésions en certaines zones circonscrites des téguments, zones qui ne sont pas les lieux d'élection des éruptions de la dermatite herpétiforme, leurs récides incessantes en ces points tout comme le font certaines éruptions médicamenteuses, enfin la production de cicatrices avec alopecie et kystes épidermiques ; tout cet ensemble de phénomènes est parfaitement anormal dans la dermatite herpétiforme et imprime à ce cas particulier un cachet tout spécial.

Certes nous savons bien que des faits analogues ou tout au moins presque analogues ont été signalés, un entre autres par M. le D^r L. Wickham, et dans lequel les téguments s'infiltraient par places, se sclérosaient, par places semblaient amincis, lisses, comme atrophiés, mais quant à nous nous n'avions encore jamais vu de lésions identiques comme aspect et comme évolution à celles que nous vous présentons.

D'après nos indications, M. le D^r Bisserié a bien voulu traiter ce sujet dans notre service par les bains électriques secs et les effluves. Le malade est soumis à cette médication depuis 4 mois, de 20 à 22 fois par mois, ce qui porte à 90 environ le nombre de séances qu'il a subies. Certes le résultat ne peut être considéré comme mauvais puisqu'il va mieux ; il semble même, et le malade le croit, que l'électricité lui ait fait un certain bien, qu'elle l'ait tonifié, et lui ait calmé quelque peu les démangeaisons. Mais enfin il faut bien reconnaître que les résultats ne sont pas assez nets pour entraîner la conviction, et que l'amélioration pourrait aussi, sans trop de scepticisme, être mise sur le compte de l'évolution normale de la maladie.

M. le D^r Bisserié a également soigné dans notre service par l'électricité statique un autre cas de dermatite herpétiforme variété circonscrite vésiculeuse, c'est-à-dire répondant exactement comme type objectif à la dénomination d'herpétiforme. Le prurit qui était extrême chez cette malade, semble avoir été calmé par cette médication, et quand nous l'avons perdue de vue après plusieurs mois d'observation elle était en bon état.

M. LEREDDE. — Je me demande quelle étiquette mettre à cette affection si ce n'est celle de maladie de Duhring. Il ne faut pas oublier combien les variétés de cette maladie sont nombreuses.

Sur

L.
pré-
caré-
épo-Il
duis
de f
cles
une
la c
touj
ver
sibi
gra
teir
dix
deS
ren
la l
sel
éry
ave
tée
sai
la
po
su
un
pa
dé
lod'
ta
ar
te
d

**Sur un cas d'urticaire pigmentée publié antérieurement comme
un cas probable de lèpre bretonne.**

PAR M. H. HALLOPEAU.

La dermatose de cette malade, que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société le 20 mai 1897, a continué à évoluer avec des caractères identiques à ceux que nous lui avons reconnus à cette époque.

Il s'agit toujours de poussées érythémateuses et papuleuses se reproduisant dans les mêmes régions, se disposant le plus souvent en forme de fragments de cercles ou de cercles complets, parfois de plusieurs cercles concentriques, de cocardes, s'atténuant graduellement tout en prenant une teinte bistrée qui vient doubler la coloration rouge et persiste après la disparition de cette dernière et s'accompagnant de prurit ; on voit toujours réapparaître, lorsqu'on laisse la malade quelques instants découverte, des éruptions qui, au premier abord, semblaient éteintes ; la sensibilité est toujours conservée dans tous ses modes ; aujourd'hui, les grandes plaques axillaires ne sont plus représentées que par une légère teinte bistrée, mais on retrouve, avec les mêmes caractères qu'il y a dix-huit mois, les plaques fessières ; une partie des éléments éruptifs sont de date toute récente.

Sous l'aisselle droite, on voit une plaque légèrement saillante, d'apparence ortiée par places, d'un rouge vif, affectant la forme d'une parabole dont la longueur atteint 6 centimètres et la largeur de 5 à 6 millimètres ; sous l'aisselle gauche, se trouve, au milieu des vestiges de l'ancienne plaque, un cercle érythémateux qui mesure 23 millimètres sur 16 ; lorsque l'on comprime avec le doigt cette surface rouge, on voit apparaître la coloration pigmentée ; l'aire circonscrite est d'un rouge moins vif que le rebord légèrement saillant ; plus bas, on voit une tache d'apparence ortiée. Sur la fesse droite, la grande plaque érythémateuse persiste ; elle est le siège d'une nouvelle poussée ; il s'y dessine un rebord qui mesure 16 centimètres verticalement sur 9 transversalement ; sa couleur rouge s'efface sous le doigt en laissant une teinte pigmentée ; on voit sur la fesse gauche une éruption semblable ; partout, la rougeur s'accentue très notablement lorsque la malade est déshabillée depuis quelques instants.

Les extrémités présentent, très prononcés, les signes de l'asphyxie locale.

Les contacts, les impressions douloureuses et les sensations thermiques sont perçues partout avec une remarquable acuité.

Ce qui nous frappe dans ce nouvel examen, c'est le caractère ortié d'une partie au moins des nouveaux éléments éruptifs : en nous reportant à notre première note, nous voyons que l'éruption a débuté trois ans auparavant par des boutons, qu'une partie des plaques érythémateuses étaient dès lors saillantes, que leur apparition s'accompagna d'un prurit intense, qu'il existait chez cette femme un autographisme

très prononcé; si nous considérons, d'autre part, que les recherches multipliées des bacilles dans les biopsies n'ont donné que des résultats négatifs et que la sensibilité, quatre ans après le début de la maladie, est partout indemne, nous sommes conduit à penser, contrairement à notre première impression, qu'il ne s'agit pas là d'une lèpre fruste, mais bien d'une urticaire pigmentée de forme anormale. Nous rappellerons, à cette occasion, que M. Besnier avait formulé des réserves relativement au diagnostic de lèpre donné par nous comme probable, et que M. Jeanselme s'est constamment refusé à l'admettre malgré les avis formulés, après la Conférence de Berlin, par plusieurs léprologues des plus expérimentés.

D'autre part, le diagnostic d'urticaire pigmentée n'avait été jusqu'ici formulé, ni par mes collègues lors de notre première présentation, ni dans mon service par aucun des nombreux et très distingués confrères français et étrangers auxquels j'ai montré cette malade.

C'est que sa dermatose diffère, à divers égards, du tableau classique de cette éruption : les saillies y sont le plus souvent éphémères et l'on n'a d'ordinaire sous les yeux que des taches érythémateuses ou des nappes pigmentées ; l'existence de larges surfaces pigmentées et limitées par un rebord net n'a pas, à notre connaissance, été signalée dans cette urticaire : la disposition des éléments en fragments de cercles, en paraboles et surtout en cocardes y est également exceptionnelle ; nous l'avions cependant observée dans un fait que nous avons publié dans la *Semaine médicale* (1) sous le nom de forme lichénoïde d'urticaire persistante ; il n'est pas habituel enfin de voir cette éruption se développer chez un adulte.

On conçoit que, dans ces conditions, nous ayons pensé à une affection d'une autre nature et que le diagnostic de lèpre nous soit venu à l'esprit, peut-être, en partie, sous l'influence du pays dans lequel elle s'est développée, car, depuis les si remarquables travaux de notre excellent ami Zambaco, on doit penser à la lèpre lorsqu'on se trouve en présence d'une dermatose énigmatique d'origine bretonne.

Si, cette fois, nous sommes dans le vrai, il faut admettre que l'urticaire pigmentée peut se disposer en cercles ou fragments de cercles, qu'elle peut figurer des cocardes, que la pigmentation consécutive peut constituer de larges nappes uniformes, que des poussées secondaires peuvent se développer dans l'aire de ces plaques, que les cercles érythémateux consécutifs aux éruptions papuleuses peuvent persister pendant des mois et même des années en se mêlant d'un caractère pigmenté, que leur couleur érythémateuse peut s'accroître ou même reparaitre sous l'influence

(1) H. HALLOPEAU. Des urticaires et plus particulièrement de leurs formes érythémateuse et lichénoïde persistantes. *Semaine médicale*, 31 mars 1894.

du contact de l'air, que les sensations prurigineuses peuvent être passagères et modérées, qu'il peut se produire concurremment des phénomènes d'asphyxie locale des extrémités. Si l'on rapproche ce fait de celui que nous avons présenté à la Société dans sa dernière séance et de l'observation que nous avons publiée sous le titre d'*urticaire lichénoïde pigmentée et persistante*, on peut voir que cette dermatose est susceptible de revêtir des formes multiples, chacune d'elles conservant comme caractéristiques le début des éruptions par des élevures ortiées et la pigmentation consécutive.

Les caratés.

Par M. SABOURAUD.

On désigne sous le nom de *caratés* toute une série de dermatoses propres à l'Amérique équinoxiale. Elles sont caractérisées par de larges plaques d'épidermite desquamative avec troubles pigmentaires pseudo-vitiligneux. Ces affections naissent de préférence sur les parties découvertes : pieds, mains, visage, mais elles peuvent envahir la totalité du tégument externe. Ce sont des maladies essentiellement chroniques, d'une durée de 20, 30, 40 ans et considérées comme à peu près incurables comme autrefois le favus ; ces maladies sont de progression excentrique et guérissent spontanément par sclérose du centre de la lésion pendant qu'elles progressent par la périphérie.

On en distingue quatre espèces cliniques qui ont elles-mêmes des variétés. Ce sont les *caratés* noir, violet, bleu, et rouge. Les uns sont propres à la population nègre, les autres aux blancs et aux métis.

Cette maladie a été déjà étudiée en France par Alibert, en Colombie par Zea, Uribechyl et J. Gomez. En Belgique, Gastambide a étudié la *Pinta* du Mexique, maladie analogue au *Caraté* mais non identique.

M. le Dr Montoya, professeur à la Faculté de médecine de Medellín (Colombie), vient de consacrer une année à l'étude microscopique des *caratés* dans le laboratoire de l'école Lailler. Il m'a chargé de présenter ici les résultats de ses recherches :

Tous les *caratés* sont des mycoses. Les squames des différentes espèces montrent des parasites analogues, mais non semblables. Les *caratés* sont des *aspergillo*ses de la peau. Dans l'épaisseur des squames de l'épiderme malade, on trouve non seulement un réticulum mycélien, mais ce mycélium supporte des fructifications *aspergillaires* tout à fait reconnaissables. La série des *caratés* montre ainsi toute une série de champignons *aspergilloïdes* complètement analogue à la

série maintenant connue des trichophytons. A l'heure actuelle, nous avons pour chacune des espèces de *caraté* l'examen microscopique positif de la squame, la culture, l'inoculation positive au lapin et la preuve de la rétro-culture. Voici un lapin inoculé il y a cinq semaines avec une culture de *caraté* noir et qui présente une plaque de 30 centim. de long sur 15 de large, teinte en noir entièrement et sur laquelle nous observons de jour en jour la progression périphérique de la lésion et sa guérison progressive au centre.

Un nombre considérable de recherches sur le *caraté* reste à faire. Parmi elles, les recherches thérapeutiques priment toutes autres. L'action externe des mercuriaux paraît certaine, et il semble probable que la guérison des *caratés* serait en pratique une affaire de temps et de patience.

L'origine des *caratés* présente un problème de prophylaxie extrêmement intéressant. D'abord M. le D^r Montoya a retrouvé les champignons du *caraté* violet-cendré dans les eaux minières des mines d'or. Ces eaux, chargées de sulfate de fer et de cuivre, n'empêchent pas plus la vie du parasite que l'adjonction de ces sulfates à ses cultures artificielles. De même M. le D^r Montoya a retrouvé les semences des divers *caratés* sur les moustiques du genre *stimulium* et sur une espèce innommée du genre *Acanthia* (punaises). L'origine saprophyte des *caratés* apparaît donc aussi manifeste que l'origine saprophyte des trichophytons.

Un dernier problème que soulève encore l'étude des *caratés* est la détermination mycologique des espèces parasitaires qui le causent. Elles se rapprochent certainement des *Aspergillus* déjà connus, mais, d'après M. le professeur van Thieghem, ces espèces ne sont encore pas décrites et nommées. Quelques-unes offrent des caractères intermédiaires entre le groupe *Aspergillus* et le groupe *Penicillum*. D'autres enfin, plus dégradées, se rapprochent du genre *Monilia*.

L'ensemble de ces recherches éminemment intéressantes éclaire d'une vive lumière l'étude comparée des dermatomycoses en tous pays.

M. Mory. — Les trichophyties des pays chauds sont nombreuses et chacune d'elles a un nom spécial à chaque pays.

Lupus tuberculeux traités par les injections de calomel.

Par M. DU CASTEL.

Tout médecin qui nous apporte une méthode de traitement nouvelle pouvant faciliter la guérison du lupus tuberculeux de la face, est compté parmi ceux qui rendent un grand service à la dermatologie;

chacun de nous a trop souvent expérimenté combien nous sommes peu puissants dans nombre de cas malgré la multiplicité des ressources dont nous disposons. Le docteur Asselbergs, de Bruxelles, a droit à notre reconnaissance par l'étude méthodique qu'il a faite de l'action des injections de calomel dans le lupus. Avant de vous montrer mes malades, je crois devoir vous rappeler les conclusions auxquelles notre distingué confrère est arrivé : L'action de l'injection de calomel sur le lupus tuberculeux vrai est certaine et ne saurait être mise en doute. Sur 25 malades traités par la méthode, tous ont subi une modification variable, depuis la simple réduction jusqu'à la disparition complète de tous les éléments lupiques. Les deux malades qui n'ont pas été améliorés étaient arrivés à un degré de cachexie tuberculeuse avancé. L'effet utile est surtout marqué à la suite des premières injections ; l'infiltration et l'ulcération sont les éléments constitutifs les plus vivement attaqués ; le tubercule est influencé, mais résiste souvent. Aussi les lupus les plus modifiés sont-ils ceux qui se font remarquer par leur ulcération et l'infiltration profonde du derme et du tissu cellulaire sous-cutané.

En lisant les observations du docteur Asselbergs, nous voyons du reste qu'il a chez presque tous ses malades associé, à un moment donné, les traitements chirurgicaux aux injections pour précipiter la guérison, qui est restée le plus souvent incomplète.

Voici deux malades soumises depuis le 24 décembre dernier au traitement du Dr Asselbergs ; elles ont reçu tous les huit jours une injection de 5 centigrammes de calomel. Les effets immédiats ont été une douleur de la fesse, quelquefois une très légère élévation thermique explicable autant par l'action locale de l'injection que par une réaction générale de l'économie.

À la suite des premières injections surtout, quelquefois encore dans ces derniers temps, mais à un degré beaucoup moindre, nos clientes ont déclaré ressentir dans les parties malades un certain travail caractérisé par de la tension, de la cuisson, des démangeaisons.

En examinant ces régions, il nous a paru plusieurs fois constater, à ce moment, une congestion avec tuméfaction évidente des parties malades ; cet état durait deux ou trois jours, et tout rentrait dans l'ordinaire.

La première malade, que je vous présente, est une femme de 58 ans, atteinte depuis trois ans d'un lupus tuberculeux et guérie une première fois après un traitement chirurgical. L'état actuel vous permet encore de juger ce qu'était l'état de la lésion au moment de l'entrée de la malade. Le nez est le siège d'une infiltration diffuse occupant presque toute sa hauteur et recouverte de croûtes impétiginiformes. Sur la joue gauche, quelques placards de même apparence. Toute la modification, qui semble s'être produite depuis le commencement du traitement, est une légère

atténuation de l'infiltration dans la partie supérieure du nez et la mise à jour des granulations qui résistent impitoyablement au traitement.

La seconde malade est une jeune fille de 20 ans, solidement établie, atteinte depuis 5 ans de lupus du nez et des joues, ayant subi depuis quatre ans un certain nombre de traitements chirurgicaux. Quand le traitement par les injections fut commencé, le nez était le siège d'une infiltration profonde, molle et très vasculaire. Sous la cloison du nez, sur les joues, il y avait de petites ulcérations. Les premières injections furent suivies de poussées congestives des régions malades, mais d'aucune amélioration appréciable. Malgré les premières injections, l'état de la malade parut plutôt s'aggraver que s'améliorer, et je ne crus pas devoir refuser à ma cliente la reprise du traitement chirurgical qu'elle réclamait. Depuis lors, les injections et des cautérisations énergiques furent pratiquées parallèlement et, grâce à ce traitement, une certaine amélioration a été obtenue, mais on ne peut pas dire qu'elle ait dépassé celle que les cautérisations seules auraient suffi à amener.

Je soigne actuellement, depuis plusieurs mois, une troisième malade atteinte de plaques lupiques exulcérées des joues et soumise régulièrement au traitement par les injections de calomel. Chez elle, non plus, je n'ai pas constaté un effet bien notable.

En résumé, chez nos malades, j'ai constaté à la suite des injections de calomel, au niveau des lésions, un travail rappelant de loin et d'une façon très atténuée, celui qu'on observe à la suite des injections de tuberculine. La première malade a présenté une légère atténuation des lésions à la partie supérieure du nez. La seconde n'a présenté aucun résultat avantageux appréciable.

Après six mois d'étude, j'arrive avec le Dr Asselbergs à cette conclusion que le traitement par les injections de calomel peut constituer un *traitement adjuvant*, mais qu'il sera bon de lui associer les traitements chirurgicaux.

M. BROCCQ. — J'ai fait chez deux malades atteints de lupus le traitement suivant : chez l'un il s'agissait d'un lupus vulgaire absolument typique et des injections de calomel ont fait diminuer le lupus ; j'ai soumis le second au traitement mixte (liqueur de van Swieten et iodure de potassium), il s'est amélioré d'une manière extraordinaire : les tissus fort infiltrés se sont considérablement réduits ; mais il a persisté ensuite des tubercules de lupus irréductibles. Or il avait une cicatrice sur le pharynx qui m'a fait soupçonner chez lui la possibilité de l'existence d'une syphilis. J'en ai conclu que ces améliorations, par le traitement mercuriel, étaient dues à ce fait que la syphilis était dans ces cas associée au lupus, et que le traitement mercuriel n'agissait pas sur les nodules lupiques, mais sur les infiltrations qu'il faisait fondre. Il est possible aussi qu'il agisse un peu dans le même sens sur des infiltrats lupiques même quand il n'y a pas association de syphilis.

M. GAUCHER. — J'ai traité une femme dont la lésion avait été diagnosti-

quée lupus par Vidal, et scarifiée par Quinquaud; cette lésion avait à la fois les caractères du lupus et de la syphilis. Sous l'influence des injections mercurielles solubles et de l'iodure, elle fut améliorée. Du reste, à plusieurs reprises, cette malade fut guérie et considérée tantôt comme syphilitique, tantôt comme atteinte de lupus. Pour moi, elle a la syphilis seulement puisqu'elle a guéri par le traitement anti-syphilitique, et je crois que les cas de lupus guéris par le mercure sont des erreurs de diagnostic.

M. MOTY. — Il n'est pas besoin de mercure pour guérir le lupus, et les injections locales de naphтол camphré m'ont donné des succès.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Le calomel, n'est pas la seule des substances qui, introduites en particulier par la voie hypodermique, et exerçant une influence immédiate et transitoire sur les conditions normales de la vitalité des tissus, soit susceptible d'imprimer aux lésions lupiques des modifications profondes plus ou moins durables.

Il y a quelques années, je pus, grâce à la générosité scientifique de mon maître, M. E. Besnier, expérimenter dans son service sur des lupiques les injections faites dans les muscles fessiers à l'aide de la solution suivante :

Huile d'olive stérilisée.....	10 gr.
Gaïacol.....	0,05
Iodoforme.....	0,04
Eucalyptol.....	0,14

Très rapidement les placards lupiques s'animaient, puis s'affaissaient, se cerclaient d'une marge périphérique qui d'abord rosée, devenait blanche et envoyait enfin vers le centre de la lésion des bandes nacrées cicatricielles la divisant en lobules que semblait devoir étouffer cette « cirrhose intralobulaire » d'un nouveau genre. Mais, arrivait-on à la fin de la troisième semaine du traitement, avec des doses un peu augmentées, alors tout changeait : on voyait revenir, par places, une certaine turgescence rosée, tandis qu'à quelque distance des bords, sur la peau saine, pointaient des nodules rougeâtres qui nous effrayèrent et nous firent renoncer au traitement. L'une des malades eut même un foyer de congestion pulmonaire en même temps, dont j'accusai le gaïacol.

Il y avait donc eu là un processus curateur évident, mais évoluant avec une puissance de congestion troublante. Est-on sûr que dans la cure calomélique appliquée au lupus, on respecte toujours le *primo non nocere*?

Semblablement, je viens d'essayer cette méthode d'injections d'huile de gaïacol iodoformée sur une dame porteur de kélôïdes cervicales consécutives à des vésicules d'herpès zostériforme. J'y étais induit par une récente communication de M. Darier sur la structure de certaines kélôïdes. Mais ici le résultat fut le suivant : les kélôïdes, d'abord à peine rosées, se couvrirent de minuscules vaisseaux rougeâtres devenant de plus plus apparents. Je m'arrêtai là.

M. FOURNIER. — J'ai expérimenté dans mon service les injections de

calomel, et j'en ai conclu que dans certains cas de lupus il y avait échec complet, alors que dans d'autres cas la méthode fait bien, amenant une amélioration provisoire ou une guérison définitive.

Comment expliquer ces améliorations et ces guérisons? Je crois, pour ma part, qu'il y a : ou bien erreur de diagnostic et syphilis héréditaire ignorée, ou bien association possible de syphilis et de lupus.

Cette dernière hypothèse est encore d'autant plus plausible que l'on voit bien souvent le cancroïde lingual s'améliorer par des injections de calomel, lorsqu'il existe chez d'anciens syphilitiques. Mais il n'y a qu'amélioration mais non guérison : ce qui est dû à la syphilis disparaît, alors que ce qui appartient au cancroïde persiste.

M. GASTOU. — Ce n'est pas seulement le lupus et certains carcinomes qu'améliorent les injections de calomel. Des recherches que nous avons entreprises avec le Dr Anghelovici, dans le service de M. le Pr Fournier, il résulte que ces injections ont un effet actif sur les ulcérations des jambes, de quelque nature qu'elles soient, mais ces ulcérations sont le plus souvent améliorées mais non guéries lorsque la syphilis n'est pas en cause.

M. BARTHÉLEMY. — Des faits que j'ai observés me permettent d'appuyer les dires de M. Gaucher relatifs aux erreurs de diagnostic et au succès des injections de calomel dans les cas où l'on croit à un lupus alors qu'en réalité il s'agit de syphilides ; mais je crois aussi que MM. Brocq et Fournier ont raison quand ils disent qu'il y a des cas où l'on a affaire à des lupus développés sur des sujets syphilitiques anciens ou hérédo-syphilitiques. Il n'est donc pas étonnant que dans ces faits le calomel donne des résultats favorables sans pourtant arriver à la guérison définitive.

Indépendamment des cas où j'ai obtenu ainsi des résultats satisfaisants sur des ulcérations tuberculeuses chez des syphilitiques, je dois dire que j'ai eu à traiter l'année dernière un jeune homme qui n'était syphilitique en rien et qui était porteur autour du cou et du thorax d'abcès froids et de fistules exclusivement tuberculeuses, bacillaires fixes. Or, au bout de 4 injections de calomel, faites chacune à 15 jours d'intervalle, 4 fistules sur 5 ont séché et guéri ; mais la 5^e, la plus étendue et la plus profonde, a résisté, et malgré 4 nouvelles injections aucune amélioration ne s'est plus produite. Ce fait vient à l'appui de l'opinion des observateurs qui ont montré que les injections de calomel pouvaient améliorer, mais non guérir définitivement, et qu'il fallait profiter de l'amélioration pour appliquer une autre méthode de traitement plus capable d'amener un résultat durable et complet : pointes de feu, raclage, acide pyrogallique, etc.

M. HALLOPEAU. — Je ne crois pas au terrain syphilitique tertiaire : dans cette période il n'y a plus, abstraction faite de l'immunité semblable à celle qu'entraînent, pour chacune d'elles, les fièvres éruptives, que des foyers locaux en dehors desquels les affections intercurrentes évoluent comme chez des sujets sains.

M. FOURNIER. — Je suis d'un avis opposé que je partage du reste avec Verneuil. Mon regretté Maître a montré nettement l'influence de l'hybri-

dité des maladies et prouvé que la syphilis tertiaire modifie les maladies qui s'y surajoutent.

La syphilis est une maladie qui altère les humeurs, et sur le terrain syphilitique certaines maladies telles que la pleurésie, la fièvre typhoïde prennent quelquefois des allures malignes, graves, souvent mortelles.

M. MOREL-LAVALLÉE. — L'opinion que vient d'exprimer M. le professeur Fournier, au sujet de l'influence qu'aurait éventuellement sur nombre de maladies une syphilis antérieure, même très ancienne, — cette opinion, dis-je, est universellement adoptée dans l'Amérique de langue espagnole et portugaise, où la syphilis paraît beaucoup plus répandue que chez nous.

Il m'est souvent arrivé, — alors que, plus jeune, je m'occupais de médecine générale, — de m'entendre dire par des clients du Brésil ou de l'Amérique équatoriale, atteints de lymphangite, de furoncle ou même de douleurs articulaires : « Comment, docteur, vous ne me donnez pas de l'iodure pour commencer ? Chez nous, le médecin n'eût pas manqué de le faire, pour se garder contre toute influence de syphilis ancienne. »

M. HALLOPEAU. — Je ne suis nullement convaincu que, chez les syphilitiques, l'organisme soit altéré dans son ensemble, sauf pendant la phase de généralisation qui marque le début de la période secondaire ; j'ai toujours présent à l'esprit le fait d'un malade, atteint, 8 mois après le coït infectant, de syphilomes multiples en corymbes, chez lequel un bec-de-lièvre artificiel provoqué par un instrument contondant s'est réuni par première intention, bien qu'il fût en période active d'évolution syphilitique.

M. FOURNIER. — Il est impossible le plus souvent de différencier la syphilis secondaire de la syphilis tertiaire et de savoir où l'une ou l'autre s'arrêtent.

M. BACQ. — De toute cette discussion il résulte que l'hybridité est fréquente. C'est ce qu'a démontré Leloir dans son traité de la tuberculose en décrivant l'association de la syphilis et de la tuberculose et en la prouvant expérimentalement.

Syphilides tuberculeuses écloses sur l'emplacement d'inoculations vaccinales.

Par M. ALFRED FOURNIER.

M. X..., âgé de 33 ans, est un homme de constitution robuste et de bonne santé habituelle. Il a contracté la syphilis en 1889. Cette syphilis, que j'ai particulièrement observée depuis 1892, s'est composée sommairement des diverses manifestations suivantes : chancre induré en 1889 ; au cours des mois suivants, roséole, douleurs rhumatoïdes et, à plusieurs reprises, plaques muqueuses buccales. En 1892, tubercule ulcéré de la rainure. En 1893, syphilides circinées du gland. Traitement mercuriel, puis ioduré, suivi assez irrégulièrement.

En octobre 1896, M. X..., sur le conseil de son médecin, se fait vacciner. Trois piqûres lui sont pratiquées au bras droit avec du vaccin de génisse. L'opération reste sans résultat.

Huit jours après, il se fait vacciner au bras gauche par cinq piqûres. Rien encore ne se produit.

Sept mois s'écoulèrent alors sans le moindre incident.

Puis, voici qu'en mai 1897, un « bouton » apparaît sur le bras droit. Deux autres boutons semblables succèdent à celui-ci, sur le même bras, à échéance de trois et de quatre semaines. Puis, tous les trois persistent, et le malade n'y prend pas garde. Six à sept mois plus tard, c'est-à-dire en janvier 1898, une éruption semblable se produit sur le bras gauche; elle est constituée très exactement par cinq boutons, dont l'éclosion se fait à quelques jours d'intervalle les uns des autres. Non sans surprise, le malade constate que, sur l'un et l'autre bras, ces huit boutons occupent l'emplacement de ses huit inoculations vaccinales. Mais il ne s'en préoccupe pas et ne songe pas à se traiter. Finalement ennuyé de les voir persister, il se décide à revenir me consulter, et, le 12 février 1898, je constate sur lui les lésions suivantes :

Sur le bras droit, supérieurement et en dehors, *trois tubercules lenticulaires* échelonnés verticalement et en ligne droite, distants les uns des autres de 2 à 3 centimètres.

Sur le bras gauche, supérieurement et en dehors, *cinq tubercules lenticulaires* échelonnés verticalement et en ligne droite, distants les uns des autres d'environ 2 centimètres.

Ces huit lésions sont, objectivement, du type accompli des *syphilides tuberculeuses sèches*, et je les aurais bien sûrement diagnostiquées telles alors même que je n'aurais pas été au fait des antécédents spécifiques du malade. Ils s'attestent, en effet, pour des syphilides tuberculeuses, par tout un ensemble de caractères que voici :

1° Ils sont très régulièrement *circulaires*, en mesurant un diamètre variable entre celui d'une lentille et celui d'une pièce de 20 centimes.

2° Saillants d'un à deux millimètres au-dessus des téguments, ils forment de petits mamelons régulièrement convexes à plateau central, tout à fait semblables à des *pastilles*.

3° Ils sont *fermes* sous le doigt, rénitents, presque durs, et donnent la sensation au toucher d'un infiltrat intra-dermique.

4° Ils offrent une teinte d'un rouge brun, d'un *rouge jambon* presque caractéristique. Leur surface est lisse et présente çà et là quelques squames épidermiques partiellement soulevées.

Bref, ce sont en toute évidence des tubercules syphilitiques.

Aucune lésion semblable sur toute l'étendue des téguments que j'examine avec soin. Nul autre symptôme de spécificité.

Rien d'étonnant, certes, à la production d'une syphilide tuberculeuse sur un sujet syphilitique en période tertiaire et, qui plus est, sur un sujet ayant déjà présenté des éruptions de même ordre sur la verge au cours des années précédentes (1892 et 1893).

Mais ce qui est étonnant et ce qui fait l'intérêt du cas en question,

c'est la localisation de ces tubercules tertiaires sur l'emplacement des anciennes inoculations vaccinales, et non ailleurs.

Or, sur ce point particulier, aucun doute ne peut subsister. En effet :

D'une part, le malade est absolument formel sur cette particularité qui n'a pas été, dit-il, sans le frapper vivement, puisqu'il a cru à l'origine, suivant sa propre expression, que « c'étaient des vaccins qui, après n'avoir pas voulu prendre, se décidaient à prendre tardivement ». Il affirme que les huit boutons actuels se sont produits juste sur les points où avaient été pratiquées les inoculations vaccinales, points dont il se souvient parfaitement en raison des rougeurs qui avaient succédé originairement aux piqûres et qu'il a examinées maintes fois pour voir si son vaccin « prenait ou ne prenait pas ».

A remarquer ceci, d'autre part : Trois inoculations vaccinales ont été pratiquées sur le bras droit, et trois tubercules se sont produits sur le bras droit. Cinq inoculations vaccinales ont été pratiquées sur le bras gauche, et cinq tubercules se sont produits sur le bras gauche.

Enfin, circonstances complémentaires et probantes, sur l'un et l'autre bras, ces tubercules siègent à la région où se pratique l'inoculation vaccinale ; sur l'un et l'autre bras, ils sont rigoureusement disposés en ligne droite, et à la distance de 2 centimètres environ les uns des autres. Ils répondent donc exactement à la façon dont tout opérateur distribue usuellement son plan d'inoculations vaccinales.

D'ailleurs, la syphilide procède-t-elle jamais de la sorte ? L'a-t-on jamais vue distribuer ses éruptions en séries linéaires et surtout en ligne droite ?

L'évidence est donc formelle en l'espèce. Et, sans contestation possible, il demeure avéré que, dans le cas en question, les syphilides se sont produites sur l'emplacement des inoculations vaccinales. De plus, elles se produisent en nombre rigoureusement égal à celui de ces inoculations.

Impossible de méconnaître ces deux points ; impossible de réunir entre les inoculations vaccinales et les syphilides qui leur ont succédé *in situ* une relation de causalité locale, quelle qu'en soit la modalité, la nature. Bien manifestement, les unes ont appelé les autres ; bien sûrement, celles-ci ont joué vis-à-vis de celles-là le rôle de causes provocatrices et de causes localisatrices pour la décharge tertiaire.

Voilà le fait, à s'en tenir aux seules données incontestables de l'observation clinique.

Mais, dans le domaine de la théorie, que de réflexions et que de problèmes soulève un tel fait !

Ainsi, il est bien certain que le vaccin a réagi sur la syphilis ; matériellement, c'est incontestable. Mais comment a-t-il réagi sur la

syphilis ? Est-ce simplement au titre de corps étranger introduit dans les téguments, de simple épine localement irritative ? Ou bien au titre d'agent virulent, infectieux, par rencontre, rapport et conflit de microbes ?

Puis, et ce second point est peut-être plus intéressant encore, quelle inexplicable singularité dans cette *réaction à longue portée* du vaccin sur la syphilis, puisque les syphilides se sont produites sept et quatorze mois après l'inoculation vaccinale ! Comment interpréter de pareilles échéances ?

Puis, encore, comment expliquer qu'une syphilis latente puisse être non seulement réveillée de la sorte par une excitation interstitielle de téguments et, de plus, fixée, localisée aux seuls points où s'exerce cette excitation ? A défaut de toute interprétation possible, retenons au moins le fait, car il contient un enseignement pour le problème si obscur des localisations de la maladie à sa période tertiaire.

Syphilides ou tuberculides mutilantes.

Par M. ALFRED FOURNIER.

A..., âgé de 37 ans, facteur (1), entre à l'hôpital pour des lésions ulcéro-croûteuses des deux mains qu'il présente depuis 8 ou 9 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident. Sur 5 enfants, 2 sont morts en bas âge, un est mort à 21 ans de phtisie pulmonaire.

Antécédents personnels. — Originaire des environs de Privas (Ardèche) et d'un hameau où les goitreux et les crétins sont nombreux.

Semble avoir été bien portant dans son enfance ; il n'a eu ni maux d'yeux, ni maux d'oreilles, ni adénopathies suppurées.

A 8 ans, il aurait eu une « variole hémorrhagique ». Aucune autre maladie jusqu'à 20 ans.

A 20 ans, il fut affecté d'un chancre à la verge, suivi de « rougeurs sur le corps », et d'engorgements ganglionnaires persistants dans les aines. Il ne se rappelle avoir eu ni plaques dans la bouche, ni céphalée, ni chute des cheveux : cependant, il fut traité par un médecin qui lui ordonna du sirop de Gibert.

Il suivit ce traitement pendant six semaines, et ne présenta plus aucun accident pendant 10 ans.

Les lésions des mains ont débuté il y a 8 ou 9 ans. Les mains ont commencé par augmenter de volume ; la peau est devenue rouge, tendue, douloureuse ; puis, deux mois après, sont survenues des ulcérations multiples.

Un médecin de Bicêtre, qui le soigna alors, rattacha ces lésions à la syphilis, et lui fit des injections (vraisemblablement de calomel) dans les fesses. En effet, il lui pratiqua toutes les semaines « une injection d'un

(1) Observation recueillie par M. LEGROUX, externe des hôpitaux.

liquide blanchâtre », lui disant que c'était une méthode nouvelle, plus active, qui ne devait pas lui fatiguer l'estomac. Ces injections déterminèrent une amélioration rapide; les plaies se cicatrisèrent complètement, mais cette amélioration ne persista pas, le malade ayant cessé le traitement.

Alors, les ulcérations, de nouveau, creusèrent en profondeur, surtout aux doigts, laissant écouler une assez grande quantité de pus; elles gagnèrent aussi en surface. Bientôt, l'index de la main gauche fut tellement dénudé qu'un médecin se décida à en faire l'amputation; les autres doigts ne furent l'objet d'aucune intervention. Malgré les déformations des mains et les nombreuses croûtes qui les recouvraient, le malade continue à exercer sa profession de facteur jusqu'au moment où il entra à l'hôpital.

État actuel. — Les mains sont déformées; la face dorsale est œdématiée, recouverte de croûtes jaune verdâtre; la peau est lisse, brunâtre, violacée, luisante, comme atrophiée. Les doigts, dont les dernières phalanges sont en flexion par suite de rétractions tendineuses cicatricielles, sont diminués de volume; les parties molles sont littéralement collées sur le squelette; la peau est mince et luisante. L'index gauche, amputé au niveau de la seconde phalange, est effilé et se termine en pointe comme usé à la meule. Sur le médius de la main gauche, on voit, au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange (qui est en flexion à angle droit), un épaississement semblable à celui du spina-ventosa, et une ulcération recouverte de croûtes jaunâtres, laissant suinter du pus par la pression.

Les ongles sont diminués de volume et déformés; ils sont tombés à l'index et au médius de la main droite. — Les mouvements des doigts sont très diminués; la flexion complète est impossible, de même que l'extension.

Aux oreilles, on constate symétriquement une *atrophie du bord libre du pavillon*, qui est irrégulier, déchiqueté; à ce niveau, la peau est violacée et recouverte de croûtes. — Ces lésions ont débuté en même temps que celles des mains.

Aux jambes, le malade présentait, il y a quatre ans, des ulcérations multiples et rebelles qui ont laissé des cicatrices suspectes. On constate, en effet, sur la face interne des jambes, de nombreuses taches pigmentées.

Toute la peau de la partie inférieure de la jambe gauche présente une teinte brunâtre, violacée, qui devient même ecchymotique, et purpurique au niveau du cou-de-pied.

Sur la face interne de la jambe gauche, on trouve une petite ulcération, apparue depuis 5 à 6 jours, de la taille d'une pièce de 50 centimes, arrondie, légèrement creuse, à bords taillés à pic, à fond rouge. Il n'existe pas de varices sur cette jambe. A la partie supérieure de la cuisse, taches dépigmentées, non cicatricielles, recouvertes de poils blancs, et qui semblent être du vitiligo. Le malade s'est toujours connu ces plaques.

Examen de la sensibilité. — Absence complète de troubles de la sensibilité; pas de dissociation des sensations; le tact, la douleur, la température sont également perçus. Tout au plus, existe-t-il un peu de

dysesthésie au niveau des mains, la peau étant couverte de cicatrices anciennes.

Pas de cordon ni de grosseur sur le trajet du nerf cubital. Pas de ganglions au-dessus de l'épitrachée.

Pas de troubles de la vue ; pas d'inégalité pupillaire, réflexes pupillaires normaux, pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas de troubles de la marche ; pas de douleurs dans les membres inférieurs, réflexes rotuliens normaux.

Pas de troubles des sphincters ; pas de déviation de la colonne vertébrale.

En résumé, absence complète de troubles nerveux, permettant d'éliminer les diagnostics de lèpre anesthésique et de syringomyélie.

Le malade, entré le 18 juin, fut soumis à des soins de propreté locaux (bains, pulvérisations, enveloppements humides), afin de faire tomber les croûtes qui recouvraient les ulcérations. On lui administra une dose quotidienne de 4 grammes d'iodure de potassium. Puis, le 22 juin, on le mit aux injections de calomel. Il reçut deux de ces injections à 5 centigrammes le 22 et le 28 juin. Elles furent bien tolérées. La dose d'iodure fut progressivement augmentée jusqu'à dix grammes.

Actuellement les lésions se sont réparées d'une façon remarquable.

Les croûtes sont tombées ; les ulcérations ont pris un aspect rougeâtre, bourgeonnant, et ont notablement diminué d'étendue. Les plus petites sont déjà cicatrisées.

L'état général est toujours resté excellent.

Les oreilles, examinées par M. Hermet, ont été trouvées normales. Dans les fosses nasales, on trouve une petite ulcération, qui est accompagnée d'un écoulement purulent.

(L'examen de ce jetage, au point de vue microbiologique, sera fait ultérieurement.)

En somme, il est impossible, tant au point de vue clinique qu'histologique, d'avoir sur ce malade un diagnostic ferme. Il m'a paru intéressant de le montrer, car chez lui les injections de calomel ont agi d'une façon très efficace, et il rentre dans la catégorie de ces malades qui sont difficiles à ranger du côté de la tuberculose ou de la syphilis et qui souvent ne sont que des hybrides.

M. GASTOU. — L'examen histologique et bactériologique n'a donné aucune raison de suspecter la tuberculose ou la lèpre. L'inoculation au cobaye a été faite, nous en donnerons ultérieurement le résultat.

M. BESNIER. — Ce malade a, en dehors de ses ulcérations des doigts, un état cyanotique du nez, tout particulier. J'ai souvent vu ces phénomènes s'associer dans le paludisme et il faut toujours rechercher celui-ci en pareil cas.

De l'emploi du monochlorophénol dans le lupus et la tondante.

Par M. BARBE.

J'ai eu l'honneur de faire l'année dernière à la Société de dermatologie (1) une communication sur le traitement externe du lupus par le monochlorophénol. J'ai fait remarquer la difficulté qu'il y avait à employer chez les malades ce corps, qui possède une odeur très forte, plus désagréable que celle de l'acide phénique et telle que je n'ai pas pu poursuivre mes essais, la plupart des sujets refusant de continuer le traitement.

La communication du professeur Le Dentu, au Congrès international de Moscou, sur les propriétés microbicides du parachlorophénol, m'a engagé à reprendre mes premiers essais. Je ne vous citerai que les points les plus intéressants de la communication de M. Le Dentu. « Le Dr Spengler a affirmé qu'une solution de chlorophénol à 2 p. 100 « était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacille « de Koch.

« Par la méthode des fils, la solution à 1 p. 100 tue les bacilles « d'Eberth en 20 secondes et le bacille du charbon en 5 minutes.

« Le pouvoir bactéricide du chlorophénol serait 5 fois environ plus « élevé que celui de l'acide phénique. De plus, ce corps est moins « toxique, puisque sa solution au 1/100 correspond à la solution au « 1/20 d'acide phénique. »

Pour masquer l'odeur si pénétrante du chlorophénol, j'ai employé diverses substances odorantes et, sur la proposition de M. Guillaume, interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Antoine, je me suis arrêté à l'essence de lavande pour faire le mélange suivant :

Monochlorophénol	20 gr.
Essence de lavande	10 gr.
Alcool q. s. pour faire	100 c.c.

Ce mélange a une odeur assez agréable.

Si vous me permettez, je vous rapporterai plus tard les résultats de mes essais dans le traitement du lupus érythémateux, ces essais étant encore trop récents.

J'avais cherché également à utiliser les propriétés microbicides du chlorophénol dans le traitement de la tondante. Là encore l'odeur de ce corps m'avait empêché de continuer mes expériences. Les tentatives que le Dr Danlos a bien voulu faire dans son service, celles que le Dr Sabouraud a eu l'extrême obligeance de commencer à l'école Lailler n'ont pas été non plus couronnées de succès. L'odeur de ce

(1) Séance du 11 mars 1897.

corps a incommodé l'entourage des enfants ainsi traités. De plus, l'application de la solution n'a pas tardé à être douloureuse ; il est vrai qu'à l'école Lailler nous avons eu la précaution de recouvrir la tête de chaque enfant d'un bonnet de caoutchouc après l'application de la solution ; or cette excès de précaution a eu l'inconvénient de rendre le contact du mélange plus intime et partant plus irritant.

Aussi, dans la nouvelle tentative que j'ai faite à l'hôpital Saint-Antoine avec la solution aromatisée de chlorophénol, j'ai renoncé au bonnet de caoutchouc, et me suis-je contenté d'appliquer après chaque friction une feuille de taffetas gommé fixée par quelques tours de bande. Les frictions faites quotidiennement n'ont été nullement douloureuses ; ni le malade, ni son entourage n'ont été incommodés par la préparation.

Voici l'observation très résumée :

L..., âgé de 9 ans, se présente à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine avec une plaque de tondante qui est survenue il y trois semaines à la région sus-frontale du côté droit. Cette plaque, grande comme une pièce de 2 francs environ, est criblée d'une multitude de petits cheveux cassés, d'une teinte foncée. Il n'y a pas de poussière cryptogamique autour des cheveux. L'examen microscopique révèle la présence du trichophyton endothrix. Le 1^{er} avril, on fait une friction avec la solution de monochlorophénol à 20 p. 100, désodorisée par l'essence de Wintergreen. Le 3 avril, nouvelle application qui est répétée tous les deux jours. Le 6 avril, l'application de chlorophénol ne déterminant aucune irritation, on fait une friction quotidienne avec la solution désodorisée par l'essence de lavande, qui a été formulée plus haut et qui est plus agréable que celle renfermant de l'essence de Wintergreen.

Le 18 avril, on ne trouve des cheveux malades qu'au centre de la plaque.

23 avril. Le traitement avait été interrompu pendant cinq jours, parce qu'il avait déterminé un peu de dermite. Il avait été repris le 22 avril.

Au commencement de juin, c'est-à-dire au bout de deux mois, la plaque est couverte de cheveux sains, minces, blonds ; on trouve seulement deux cheveux paraissant malades. L'examen microscopique que le Dr Sergent a bien voulu faire de ces 2 cheveux a montré l'absence complète de spores. Le traitement est continué.

Si la Société me le permet, je la tiendrai au courant de l'observation, car je n'ai pas eu l'intention aujourd'hui de vous présenter ce cas comme guéri par le monochlorophénol. J'ai seulement voulu vous montrer que cela pouvait être appliqué sur le cuir chevelu sans provoquer aucune espèce de douleur, et de plus sans incommoder le malade ou l'entourage.

En terminant, je me permettrai de faire remarquer que, dans des cas de tondante aussi limités que le mien, on pourrait à la rigueur essayer de porter la substance active jusqu'au fond du follicule par le cathétérisme de celui-ci, à l'aide d'une aiguille électrolytique.

M. SABOURAUD. — Le malade n'est pas complètement guéri. Il reste encore cinq points malades, et je ferai remarquer à ce propos qu'à l'inverse de la trichophytie, la pelade est d'autant plus grave qu'elle est périphérique.

M. BARBE. — Les plaques dont parle M. Sabouraud sont récentes et se sont développées depuis que j'ai vu le malade pour la dernière fois.

Cas de vitiligo aigu lié au développement d'une névrite périphérique chez un intoxiqué par les essences de pétrole.

Par M. EMERY.

C..., 43 ans, dégraisseur.

Le père de ce malade est bien portant et a 80 ans.

Sa mère est morte d'une maladie de foie.

On note dans ses antécédents personnels :

Une fièvre typhoïde contractée vers l'âge de 6 ans. Plusieurs blennorrhagies. Jamais de chancre. Aucun antécédent syphilitique.

A 18 ans, ce malade est parti aux colonies où il est resté jusqu'à 23 ans. En 1875, étant en Cochinchine, il eut une congestion cérébrale causée par un coup de soleil. Il resta six mois à l'hôpital, traité par des applications de glace sur la tête et complètement paralysé. Revenu en France en 1877, il eut les fièvres dès son retour. Puis il repartit en Cochinchine pendant deux ans, où il fut de nouveau repris par les fièvres. Il revint en France définitivement en 1879. Depuis son retour, il est sujet à des douleurs articulaires, qui ont augmenté de fréquence et d'intensité depuis trois ou quatre ans.

Depuis 1879, il fit plusieurs métiers tour à tour, garçon de bureau, mécanicien, doreur sur cuivre, porteur aux pompes funèbres; il semble avoir continué pendant tout ce temps les excès alcooliques dont il avait pris l'habitude aux colonies.

Depuis deux ans, il travaille chez un fabricant de cycles comme dégraisseur. Les pièces d'acier qui doivent être nickelées doivent, après le polissage, être « dégraissées » en passant dans un bain d'essence minérale où elles sont brossées. Le malade est chargé de ce soin, et a par conséquent les mains plongées presque continuellement dans l'essence minérale. Depuis qu'il a cette occupation, il ressent des maux de tête et éprouve des troubles divers du côté des membres supérieurs, surtout vers son bras droit. Il accuse des engourdissements, des fourmillements, de la faiblesse musculaire et parfois des tremblements. Tous ces phénomènes ont augmenté d'intensité il y a deux mois environ, et le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital Lariboisière.

Il avait alors des maux de tête violents, des bouffées de chaleur à la face et aussi une impossibilité presque absolue de se servir de ses bras, et surtout du bras droit. Il ressent des douleurs névralgiques qui partent de la région scapulaire, du bord externe de l'omoplate et qui s'irradient dans tout le membre supérieur jusqu'au bout des doigts.

Par moments, le bras droit et surtout la main droite tenue dans l'extension sont agités d'un tremblement involontaire à petites oscillations. La main est pendante, trahissant une prédominance à se paralyser du côté des extenseurs. Il y a deux mois, affirme le malade, l'anesthésie des deux membres, surtout du membre droit, était absolument complète, de même que l'analgésie. Il présentait aussi des troubles vaso-moteurs manifestes, tels que : refroidissement des extrémités, cyanose et parfois même œdème des mains.

On ne note actuellement aucun trouble appréciable de la sensibilité tactile. Seule, la sensibilité à la douleur est légèrement atténuée. Sur les deux membres on ne relève aucune trace d'amyotrophie. Mais on constate une diminution considérable de la force musculaire dans les deux mains. La pression de la main est à peine sensible. On note également une intégrité parfaite du système nerveux central. La marche est assurée; pas de troubles sphinctériens, pas de phénomènes pupillaires.

Depuis deux mois, et coïncidemment avec l'apparition des douleurs et la recrudescence des phénomènes paralytiques, apparurent sur les bras et particulièrement sur la face postérieure des avant-bras, de larges taches pigmentaires de vitiligo. Leur évolution fut extrêmement rapide. Le malade fut surpris, quelques jours après les phénomènes douloureux, par la présence de ces taches qui depuis n'ont pas augmenté d'étendue.

Les mêmes taches de vitiligo se retrouvent beaucoup plus accentuées encore en différents points du corps et notamment sur la face (front, joues, nez) et sur le scrotum. Le malade n'a présenté aucun trouble de la mobilité du côté de la face, mais, coïncidemment avec les douleurs du bras, il éprouve de violentes névralgies faciales.

L'intérêt de cette observation est double. Il est en effet curieux d'y relever non seulement la coexistence d'un vitiligo aigu lié à des phénomènes manifestes de névrite périphérique; mais il est plus singulier et plus intéressant encore de rattacher de semblables troubles nerveux à une intoxication due aux vapeurs d'essence de pétrole.

L'étiologie du vitiligo, quoique encore assez obscure, semble toutefois devoir se rattacher le plus souvent à une lésion d'origine nerveuse. Quelques recherches anatomo-pathologiques (Leloir), ont confirmé cette manière de voir déjà conforme à l'observation clinique. Toutefois les phénomènes nerveux sont presque toujours assez vagues et entièrement relégués au second plan. Rarement on a pu les rattacher à des troubles nerveux dont les manifestations ont si nettement dominé la scène et à des troubles nerveux qui paraissent tout à fait indépendants de l'axe cérébro-spinal comme dans le cas présent.

D'autre part, l'impaludisme et l'alcoolisme viennent bien dans cette observation obscurcir l'étiologie de la névrite périphérique dont souffre le malade. Nous ne retenons pas toutefois la première des causes dont l'éloignement des accidents actuels est vraiment trop considérable. Quant aux habitudes d'alcoolisme, le malade reconnaît

que depuis plusieurs années déjà il s'en est considérablement corrigé, et c'est précisément à l'époque des premiers accidents névritiques qu'intervient cette nouvelle cause d'intoxication professionnelle : les essences de pétrole. Nous ne voulons pas dans cette observation, conclure nettement à l'exclusion de l'alcoolisme dans les facteurs étiologiques. Peut-être a-t-il exercé ici une influence prédisposante. Toutefois, sans que nous ayons pu déterminer le mode d'action et les voies d'absorption de l'essence de pétrole dans laquelle le malade a les mains constamment plongées, il est certain que la concordance des faits semble incriminer par-dessus tout cette dernière cause.

Micropolyadénopathie inguinale consécutive à un chancre vulvaire chez une femme enceinte.

Par M. EMERY.

Le père de cette malade est mort ; elle ne peut préciser la cause.

Sa mère est bien portante.

La malade a onze frères et sœurs bien portants. Elle en a perdu trois en bas âge.

Cette femme aurait toujours été bien portante.

Réglée à 18 ans seulement, elle a toujours eu depuis une menstruation normale et régulière.

Actuellement elle est enceinte de huit mois.

Il y a deux mois, la malade aurait eu sur la grande lèvre droite un gros bouton qu'elle a écorché par le grattage et qui n'a fait que s'étendre.

A l'examen. — On constate au niveau de la vulve sur la grande lèvre droite la présence d'une bartholinite chronique et de deux chancres indurés manifestes.

La roséole s'est déclarée depuis une quinzaine de jours. La malade a les amygdales recouvertes de plaques muqueuses.

En recherchant l'adénite dans les aines on constate l'absence complète de gros ganglions. On sent seulement rouler sous les doigts des deux côtés de petits ganglions durs, indolents, dont le volume ne dépasse pas celui d'un petit pois. Ils sont au nombre de quatre ou cinq seulement de chaque côté.

A la région cervicale, on trouve également quelques petits ganglions de même nature.

La réaction ganglionnaire dans la syphilis, à laquelle certains auteurs tendent à attacher une signification particulière à l'égard du pronostic, est une question dont l'intérêt se présente sous des faces multiples.

Dans le cas présent, et sans que les accidents secondaires aient revêtu le moindre caractère de malignité, la réaction ganglionnaire inguinale est pour ainsi dire nulle.

Pour rare que soit le fait, il l'est peut-être beaucoup moins que l'on

ne pense, pour cette raison singulière que la syphilis a été contractée par une femme en état de grossesse. Cette curieuse observation faite autrefois par Ricord a été confirmée depuis par M. le professeur Fournier qui, depuis longtemps, a noté l'existence de faibles retentissements ganglionnaires dans les cas de phagédénisme et de grossesse.

Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes et localisations suivant des sphères de distribution nerveuse.

Par MM. HALLOPEAU et ERNEST GASKE.

La production, à la suite d'éruptions psoriasiques, de plaques achromiques a été signalée par l'un de nous dans une présentation faite à la Société dans sa séance du 14 janvier 1892 et contestée à tort par un de nos collègues. La jeune malade que nous avons l'honneur de vous présenter en offre un nouvel exemple : il est facile de s'assurer que la différence de pigmentation avec les parties voisines est due, non à une hyperchromie de ces dernières, mais bien à une achromie consécutive aux plaques psoriasiques ; elle témoigne de la persistance d'un trouble de nutrition dans les cellules profondes de l'épiderme ; nous ferons remarquer que, dans les deux cas, il s'agissait de jeunes sujets.

Quant à la distribution du psoriasis suivant des sphères de distribution nerveuse, elle a été signalée déjà plusieurs fois : chacun de nous a présenté à l'esprit le beau cas que notre collègue Thibierge en a présenté à la Société dans sa séance du 19 novembre 1895 : on peut en rapprocher l'observation de MM. Rebreyend et Lombard (*Progrès médical*, décembre 1896), dans laquelle le psoriasis s'est développé consécutivement à un zona et sur son trajet, ainsi que les cas dans lesquels MM. Besnier et Bourdillon ont vu cette dermatose se manifester à la suite d'une sciatique. Cette distribution est des plus frappantes chez la jeune malade que nous avons l'honneur de vous présenter et dont l'observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La malade, âgée de 8 ans, orpheline, aurait présenté, il y a 2 ans, à la suite d'une chute, quelques placards de psoriasis au niveau des aines et du coude droit. Elle n'a jamais subi de traitement.

L'éruption a toujours persisté au coude, mais elle a disparu aux aines, laissant des taches achromiques très nettes. On constate en effet, du côté droit, à quelques centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une tache achromique de 5 centimètres de large environ, sur 2 de haut, à contours assez nets, et entourée d'une peau de coloration absolument normale. A gauche, dans la même région, on trouve une autre tache plus petite, à contours moins nets, et entourée de petits éléments.

L'éruption actuelle présente une localisation spéciale au niveau du membre supérieur droit.

Sur le tronc, elle est discrète; on ne trouve que quelques papules lenticulaires, à peine saillantes, d'un rouge peu intense, et recouvertes de squames blanches, micacées, sèches, devenant plus blanches par le grattage, qui provoque le piqueté de sang caractéristique du psoriasis.

Sur le cuir chevelu, on voit quelques petites plaques, disséminées, couvertes de squames fines et peu abondantes; il en est de même sur le front, tout autour de la racine des cheveux.

Sur les membres inférieurs, les placards sont encore disséminés, présentant le caractère du psoriasis guttata, sauf pourtant au niveau des genoux, où l'on trouve, de chaque côté, des plaques plus saillantes, plus rouges, couvertes de squames plus épaisses, et présentant 5 centimètres environ de haut, sur 2 et demi de large.

On remarque qu'à la cuisse et à la jambe, de chaque côté, l'éruption est relativement abondante au niveau des territoires innervés par le plexus lombaire, c'est-à-dire sur toute la région antérieure. Les parties innervées par les branches du plexus sacré sont beaucoup moins atteintes. L'éruption est pourtant assez nette, dans la sphère de distribution du cutané péronier. La région médiane postérieure, innervée par le petit sciatique, ne présente, au membre droit, qu'une petite tache lenticulaire, à la partie médiane du mollet, et quelques petites taches de la dimension d'une tête d'épingle. A gauche, on n'observe qu'une petite tache linéaire, de 1 centimètre de long, occupant assez exactement la ligne médiane, et coupant perpendiculairement le pli de flexion du genou. Elle ressemble au premier abord à une lésion de grattage, mais présente tous les caractères du psoriasis. A la fesse, quelques petites taches occupent encore le territoire du petit sciatique. Les deux pieds sont indemnes.

Sur le membre supérieur gauche en avant, il n'y a qu'une seule tache lenticulaire au-dessus du poignet.

En arrière, la face postérieure du bras est occupée par une quantité de petits éléments de psoriasis punctata, dont les plus petits paraissent localisés au niveau des orifices pilaires.

Un autre groupe d'éléments un peu plus gros siège un peu au-dessous du coude.

Un troisième groupe, semblable à celui du bras, à la partie moyenne de l'avant-bras.

Tous ces éléments paraissent dépasser peu la zone d'innervation du radial.

A la main, quelques éléments sont disséminés sur la face dorsale, au niveau du métacarpe. Plus nombreux sur la région externe, ils se rencontrent pourtant aussi sur la région interne, innervée généralement par le cubital.

Du côté droit, la disposition beaucoup plus caractéristique, est nettement métamérique: elle se présente sous forme d'une bande, qui partant à quelques centimètres de la ligne médiane, à la hauteur des cinquième et sixième vertèbres dorsales, se continue sans interruption sur la face postérieure du bras, de l'avant-bras et de la main.

A sa partie initiale, cette bande se présente sous forme d'un rectangle, de huit centimètres de large sur trois de haut, se dirigeant horizontale-

ment vers l'aisselle, mais s'arrêtant brusquement par un bord net à la partie moyenne du tiers supérieur de la fosse sous-épineuse.

Là, en effet, la bande paraît brisée, mais au niveau de cette section commence une nouvelle bande dont le bord inférieur coïncide avec le bord supérieur de la précédente, et qui mesure à peu près la même hauteur.

D'abord horizontale, elle s'incurve, quand le bras pend le long du corps, pour occuper, d'abord le bord externe de la région postérieure du moignon de la peau et du bras, et gagner à peu près la ligne médiane au niveau du coude. Là, elle s'élargit, occupe la face postérieure de l'avant-bras presque tout entière, et se prolonge sur la face dorsale de la main, et même des doigts.

Jusqu'au niveau du coude, l'éruption est en effet constituée par de petits éléments arrondis de dimensions à peu près égales, de cinq à six millimètres de diamètre, et disposés en séries parallèles. Ils sont nettement squameux, et présentent tous les caractères du psoriasis. Leur base est distincte, mais très rapprochée de celle des éléments voisins.

Au niveau du coude et sur l'avant-bras, l'éruption perd ce caractère.

Elle se présente sous forme d'un grand placard, à bords irréguliers, découpés, saillants, à base dure, comme quadrillée, et couvert d'épaisses squames blanches. On peut remarquer pourtant que le maximum des lésions occupe le bord interne de l'avant-bras.

A la main, des placards semblables occupent surtout la région dorsale interne; on trouve aussi une grosse plaque sur la face dorsale des deux dernières phalanges du médus.

Ces placards sont le siège d'un prurit peu intense, ayant pourtant occasionné quelques lésions de grattage sur l'avant-bras droit.

Ils présentent une sensibilité tactile et thermique normale.

Si nous cherchons à déterminer quels sont les trajets nerveux dont la sphère de distribution correspond aux parties intéressées du membre supérieur droit et de la partie correspondante du tronc, nous arrivons à reconnaître qu'ils sont multiples; ce sont, en effet, la cinquième branche dorsale, le circonflexe, le radial et le cubital; il en est ainsi pour le zona; dans l'hypothèse d'une tropho-névrose, il faudrait la rapporter à une origine métamérique.

Mais cette hypothèse d'une tropho-névrose est-elle vraisemblable? M. Thibierge a fait remarquer, à juste titre, dans sa communication sur ce même sujet, que les nævi peuvent également affecter cette distribution nerveuse, et l'un de nous s'est attaché à établir, d'accord avec Kaposi, que cette localisation n'établit nullement une origine tropho-névrotique; pour ces nævi, en effet, on peut s'assurer que leur distribution est également subordonnée au développement embryonnaire des parties intéressées.

L'hypothèse d'une tropho-névrose semblerait en contradiction avec celle d'une cause parasitaire; or, on ne peut nier que le psoriasis ne présente plusieurs des caractères essentiels d'une maladie parasitaire.

taire : en effet, il procède par plaques à progression excentrique; il a été inoculé avec succès; enfin les médicaments qui le modifient sont des parasitocides. Comment s'expliquer les effets si remarquables de la chrysarobine et de l'huile de cade s'il s'agit d'une tropho-névrose?

Ces faits nous paraissent réfuter victorieusement la théorie nerveuse soutenue avec talent par divers auteurs, tels que MM. Polotebnoff et Kutnizcky.

L'interprétation qui nous paraît la plus vraisemblable pour le cas de notre jeune malade peut être formulée ainsi qu'il suit : sous l'influence d'un trouble d'origine embryonnaire, le territoire affecté présente dans sa nutrition une altération qui en fait un terrain favorable au développement du psoriasis. Intéresse-t-il plus particulièrement les nerfs qui se distribuent à la peau ou à ses vaisseaux? On ne peut l'affirmer, car il n'existe chez cette enfant aucun trouble concomitant; nous nous sommes assurés, en effet, que partout la sensibilité était intégralement conservée dans tous ses modes, et nous avons constaté par l'exploration thermométrique que la température des parties affectées ne dépasse pas celle des parties symétriques.

Il est bien probable qu'il faut interpréter dans le même sens les faits de lichen de Wilson, dans lesquels l'éruption papuleuse s'est localisée suivant une sphère de distribution nerveuse : ce sont des *pseudo-tropho-névroses*.

Il sera intéressant de voir si l'éruption de cette enfant cède aux moyens employés habituellement.

Syphilis héréditaire ou acquise de la première enfance. Glossite scléreuse. Lésions dentaires. Syphilome de la cuisse.

Par MM. HALLOPEAU et LEREDDE.

Louis Lem..., gainier, 16 ans.

Il est très difficile d'obtenir des renseignements précis sur le début des lésions syphilitiques que présente le malade. Son intelligence est peu éveillée, il répond difficilement et peu clairement aux questions qui lui sont posées.

Les lésions que nous découvrons à la face antérieure de la cuisse gauche ne remonteraient qu'à un mois, mais celles de la langue et des lèvres seraient de date fort ancienne. Peut-être ont-elles débuté dans la première enfance. Le malade dit qu'il a eu toujours la bouche ouverte.

Il n'existe pas de déformations importantes du crâne ni de la partie supérieure de la face : les oreilles sont écartées du temporal, larges, mal ourlées. L'expression est peu intelligente, tant à cause du peu de mobilité des traits que de l'ouverture persistante de la cavité buccale.

Le maxillaire inférieur n'est pas projeté en avant, mais sa direction est plus oblique qu'elle ne l'est à l'état normal; l'angle de la mâchoire n'est pas indiqué extérieurement.

Les lèvres supérieure et inférieure sont volumineuses, normalement écartées de près d'un centimètre ; l'enfant peut cependant fermer l'orifice labial, et il est facile de s'assurer que l'ouverture persistante de la bouche est due à l'impossibilité où le malade se trouve de joindre les deux maxillaires. On constate ici un exemple de ce que M. le professeur Fournier appelle le signe de l'artichaut ; à l'état d'écartement minima, les mâchoires laissent même passer un crayon de diamètre ordinaire.

Les lèvres sont très épaisses, mais il n'existe aucune lésion de leur portion cutanée, ni de la région muqueuse accessible à l'examen direct ; lorsqu'on fait ouvrir la bouche, on constate, à la face interne, des dépressions linéaires cicatricielles, peu nombreuses du reste, et, par places, un état blanchâtre de la muqueuse. Au toucher on ne constate aucun foyer d'induration limité.

A la face interne des joues, des lésions plus importantes se révèlent par des sillons nombreux, un état irrégulier de la surface, en certains points un état hyalin.

La joue dans son ensemble est épaissie comme le sont les lèvres.

La langue présente un type parfait de glossite scléreuse identique à la glossite tertiaire de la syphilis acquise ; l'organe est peu épaissi mais sur sa face supérieure, on constate des flots séparés par de profonds sillons anastomosés les uns avec les autres, surtout développés au niveau de la région médiane. A la face inférieure, on constate, en de nombreux points, un aspect hyalin.

Le plancher de la langue offre un aspect irrégulier, des saillies aplanies isolées les unes des autres.

La forme du palais est normale ; la muqueuse palatine est complètement saine.

Les piliers antérieurs sont volumineux, peu écartés l'un de l'autre, leur surface est normale. La luette a une configuration régulière.

Altérations dentaires. — Les altérations dentaires offrent une importance majeure.

Il existe 28 dents ; parmi les molaires, quelques-unes sont cariées, une même, l'avant-dernière supérieure droite, est tombée. Toutes les dents sont courtes, écartées les unes des autres, verticales du reste.

Les petites molaires sont courtes, bicuspidées.

L'incisive médiane supérieure droite présente une érosion antérieure, une véritable cupule située à son sommet ; l'incisive gauche voisine écartée de 2 millimètres de la précédente et taillée en biseau à la face antérieure.

Les incisives inférieures sont extrêmement longues, étroites même à leur sommet. Les canines sont régulières.

Tous les ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs sont gros et durs.

A la face antérieure et supérieure de la cuisse droite, on constate une plaque syphilomateuse typique, d'un rouge sombre, de forme géométrique, déformée au centre présentant à sa périphérie des tubercules recouverts de croûtes.

Les altérations du maxillaire inférieur ne sont pas les seules altérations

du squelette qu'on observe chez cet enfant ; mais les autres ne paraissent pas pouvoir se rattacher à l'hérédo-syphilis. Le thorax offre un type de thorax rachitique, c'est le thorax en carène, avec dépression bilatérale et saillie de la partie médiane.

Il n'existe pas d'autres altérations rachitiques nettes du système osseux.

Les organes génitaux ont une conformation normale.

Nous avons présenté cet enfant à la Société parce que jusqu'ici la glossite scléreuse et la labialite hypertrophique n'ont pas été signalées chez les hérédo-syphilitiques. On peut se demander si notre malade n'a pas été atteint d'une syphilis de la première enfance ; en l'absence de tout commémoratif, la question ne peut être tranchée. Une syphilis infantile précoce pourrait à la rigueur produire les altérations dentaires et la débilité mentale qui sont les stigmates de l'hérédo-syphilis.

M. FOURNIER. — Je ferai remarquer que la syphilis héréditaire donne des lésions analogues, elle peut du reste tout produire. La syphilis acquise de l'enfance fait-elle des accidents analogues ? les faits ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir l'affirmer.

Cas de tuberculides ou syphilides.

Par M. GASTOU.

La malade présente sur les lombes une éruption d'apparence syphilotde analogue à ce qu'on a décrit sous le nom de syphilides lichénoides. Elle a en outre des ganglions sous-maxillaires très développés, mais indolents et non enflammés.

L'examen histologique a montré dans ces lésions cutanées des cellules géantes en grand nombre.

L'éruption est survenue subitement chez cette malade après l'application de poudre d'iodoforme sur des végétations vulvaires. On ne trouve dans ses antécédents aucune trace de syphilis ou de tuberculose et le traitement spécifique n'a pas produit d'amélioration.

M. LEREDDE. — Il est habituel de rencontrer des cellules géantes dans les lésions syphilitiques.

M. RENAULT. — Cette variété de lésions, que je crois dans ce cas être syphilitiques, est très rebelle au traitement.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne crois pas ici à des tuberculides mais à des syphilides.

M. BEAUDOUIN. — Je n'ai jamais vu l'iodoforme produire d'éruptions analogues.

Dermite chronique électrique professionnelle.

Par M. BARTHÉLEMY.

Je sou mets à votre observation ce moulage fait par Baretta, c'est-à-dire très exact, d'une main atteinte de dermite chronique professionnelle avec troubles trophiques des ongles par effluves électriques, chez un sujet qui est soumis habituellement depuis deux ans aux rayons X, non parce qu'il a été radioscopié ou radiographié, mais parce que professionnellement il les manie très fréquemment. C'est un des cas rapportés dans le mémoire que j'ai publié au Congrès de Moscou avec les D^{rs} Oudin et Darier.

Hyperostoses nasales de croissance.

Par MM. A. FOURNIER et DISEBURY.

Léon M..., 33 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de phthisie galopante suite d'alcoolisme.

Mère morte d'accident.

Deux sœurs : une morte de mal de Pott (tumeur dorsale, abcès ouverts à la cuisse) à 7 ans et demi.

Une autre de méningite (?) à six semaines.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, alcoolisme avoué, et depuis deux mois, toux, amaigrissement, hémoptysie.

Signes nets, à l'auscultation, de tuberculose pulmonaire (poumon droit).

Bien conformé à la naissance.

Vers six à sept ans apparut du côté du nez une saillie grosse comme une cerise, d'après les souvenirs et la comparaison du malade, qui commença dès cette époque à être gêné en respirant par le nez.

Vers l'âge de 15 ans, le malade eut de l'épiphora, de la conjonctivite. Aux Quinze-Vingts, on sonda le point lacrymal droit, le côté correspondant du nez ayant commencé à grossir à une période que le malade ne se rappelle pas, mais le volume de la déformation de ce côté n'atteignit jamais celui du côté opposé.

A gauche, la volumineuse déformation du nez empêche le cathétérisme du sac lacrymal. A 21 ans, il fit son service militaire dans l'infanterie ; la respiration nasale était suffisante, il put faire les grandes manœuvres et ne fut jamais malade au régiment. A cette époque, d'après la comparaison du malade, le côté gauche le plus déformé était gros comme une groseille à maquereau, et du côté opposé, du volume d'une petite amande.

Le malade n'a jamais mouché de pus, ni eu d'écoulement quelconque par les narines. Jamais aucune espèce de douleurs. Il y a deux ans, une grosse saillie osseuse apparut près de l'angle du maxillaire inférieur à droite, sans cause aucune, et à l'insu du malade. Cette saillie

osseuse, stationnaire, indolente et fort dure, est actuellement du volume d'une noix.

Actuellement, le nez est complètement déformé par deux saillies osseuses, de volume inégal, attenant aux os propres du nez, à la branche montante du maxillaire supérieur et paraissant se terminer au rebord de l'orbite. L'axe du nez se trouve déjeté à droite, le cartilage se trouve déformé. L'examen de la bouche fait voir un palais remarquablement ogival.

Examen rhinoscopique : L'obstruction nasale est presque entièrement complète et déterminée par la paroi externe des fosses nasales qui, étant saillante et globuleuse, vient à la rencontre de la cloison. Les cornets sont totalement disparus. La muqueuse est devenue mince, d'un blanc rosé et recouvrant une paroi osseuse uniformément dure. La narine droite offre un pertuis de 2 millim. de hauteur environ, la gauche un orifice extrêmement petit au fond d'un infundibulum.

Rhinoscopie postérieure, très difficile à cause des réflexes (à refaire).

Éclairage par transparence. Tout le massif nasal et maxillaire reste sombre, pas d'éclairage de la pupille, comme sensation lumineuse par les yeux.

L'odorat est très diminué : cependant la malade reconnaît certaines odeurs très fortes.

Le symptôme fonctionnel le plus important est l'absence de respiration par le nez, nécessitant la respiration constante par la bouche.

M. MOTY. — Il me semble s'agir d'ostéomes éburnés des maxillaires.

M. FOURNIER. — Je pense que ces lésions peuvent être rangées dans les exostoses ostéogéniques.

Névrodermite chronique de la verge guérie par les scarifications.

Par MM. L. JACQUET et PH. MESNARD.

La méthode, si précieuse, des scarifications linéaires n'a peut-être pas donné encore tout ce qu'on est en droit d'en attendre. Et cependant depuis les premiers travaux de Balmano Squire, son véritable initiateur, elle est devenue fort usuelle. En France E. Vidal, L. Brocq (1) en ont étendu les indications et précisé la technique.

L'un de nous a montré le parti qu'on en peut tirer dans les eczémas et psoriasis localisés (2) et dans certains œdèmes chroniques (3). Nous allons relater ci-dessous un saisissant succès de cette méthode, en une région où nous ne pensons pas qu'on la crût applicable, et où, du moins, nous ne croyons pas que personne l'ait jusqu'ici appliquée.

Il s'agit d'une « névrodermite » totale et nous nous expliquerons

(1) *Traitement des dermatoses par la petite chirurgie.*

(2) L. JACQUET. *Bull. de la Soc. de Thérap.*, 1898.

(3) L. JACQUET: In Thèse du Dr GIRAUD: Paris, 1895.

plus loin sur ce mot, de la verge (gland, rainure préputiale et fourreau). Cette dermatose datait de *cinq ans*.

Le patient, homme cultivé et intelligent, a bien voulu fixer pour nous son observation ; nous le laissons parler lui-même, avec quelques simples retouches de son texte, jusqu'au moment où il est venu se confier à nous. Une observation de « *professionnel* » perdrait en saveur, sans gagner en intérêt.

Hérédité. — Mon père est mort à 65 ans, et, autant que je m'en souviens, de la phthisie.

Ma mère est morte d'épuisement, au même âge.

Un frère, plus jeune que moi de trois ans, est mort phthisique à 27 ans.

Un frère de père, plus âgé que moi de treize ans, a eu, il y a onze ans, une maladie nerveuse qui dura deux ans. Sa tête était agitée et ne restait au repos qu'autant qu'il la prenait à deux mains ou qu'il se couchait. Après deux ans de piqûres de morphine, il fut guéri, ne gardant qu'une certaine raideur du cou.

Antécédents personnels. — Je suis moi-même âgé de 46 ans.

A 11 ans, j'ai fait une chute sur la tête qui entraîna un évanouissement. Peu de temps après, j'ai été atteint d'une crise d'*asthme* et depuis lors j'en ai eu chaque année deux ou trois semblables. A 17 ans, elles disparurent et ne se sont pas reproduites. En revanche, j'eus, plus tard, mais sans que je puisse fixer la date, une véritable *crise nerveuse*.

Vers l'âge de 26 ans, j'ai traversé des périodes de constipation excessive.

Ma vie d'ailleurs était pénible et dure. Je travaillai beaucoup, d'abord comme répétiteur de lycée, puis comme maître dans diverses institutions privées de Paris. D'autre part, je m'adonnai à l'absinthe, deux à trois verres par jour pendant cinq à six ans. En 1877, j'eus une nouvelle *crise de nerfs* dans un café. A la suite, durant plusieurs jours, je dus marcher tard dans la nuit et ne me coucher qu'épuisé, pour me procurer un peu de sommeil. Le souvenir de cette crise me hanta longtemps. Je cessai de boire de l'absinthe et depuis dix ans au moins, n'en ai pas bu.

Je me mariaï à 28 ans, j'étais alors anémique. Un an après mon mariage, j'eus une crise terrible et généralisée de rhumatismes qui me cloua au lit deux mois durant. Depuis, ma santé alla constamment en s'améliorant. J'ai eu trois enfants : une fille morte à 18 mois ; un garçon assez maladif et un dernier enfant comptant 7 ans aujourd'hui et très vigoureux.

Je suis d'un tempérament irascible. Je ressens vivement une offense ou un échec. J'ai toujours travaillé sous l'empire d'irritations successives. J'ai parfois, aux périodes d'énervement, des accès de bile qui vont souvent jusqu'au vomissement.

De 1882 à 1889 j'ai souffert d'une obésité que j'ai fait disparaître par des exercices violents.

Ma maladie actuelle. — C'est de 1893, au milieu de septembre, que datent les premières manifestations.

J'avais fait le sacrifice de mes vacances et j'étais occupé à donner des

leçons, environ six heures par jour, dans une famille. Je vivais alors, depuis un mois et demi environ, d'une vie à laquelle je n'étais point fait. J'entends par là que j'étais forcé à de longues séances à des tables copieusement servies, et que je me laissai aller à des abus de vins fins, de liqueurs, etc.

Je remarquai alors (milieu de septembre) une tache rouge au méat. Je l'attribuai à un frottement de la chemise et je me lavai à l'eau boriquée. Le mal ne disparaissant pas, je vis des médecins. Tous opinèrent pour une maladie herpétique et me soignèrent par des pommades à l'oxyde de zinc et au tannin.

L'un d'eux m'ordonna l'ichtyol, ajoutant que si l'ichtyol était inefficace, il faudrait en venir aux scarifications. Un autre médecin me conseilla avant les scarifications, la poudre de calomel, qui eut raison du mal pour un temps.

Mais aux vacances de 1894, le mal, enrayé quelque temps, reparut et, depuis lors, persista avec des phases diverses.

Dans les premiers mois de 1895, il augmenta et sembla prendre à ce moment une nouvelle apparence qu'il conserva jusqu'à l'année dernière. Au lieu de se confiner aux bords du méat, une tache rouge apparaît sur la bordure du gland, quelquefois à sa surface même. La tache s'étend un peu, puis elle se met comme en marche, se dirigeant vers le méat où elle vient se fondre. Quatre ou cinq taches ont ainsi évolué.

Il y a un an, le fourreau a commencé à se prendre, s'irritant et s'avivant. Alors la poudre de calomel me parut augmenter le mal au lieu de le calmer comme autrefois. Je la mélange à l'amidon. Puis je remplace le mélange par la poudre d'alun.

La maladie ne fit que progresser. Pendant les quatre premières années, le mal étant localisé au gland et au méat, n'occasionna jamais de véritables démangeaisons. Je n'éprouvai guère que de désagréables sensations de chaleur.

C'est seulement il y a dix mois quand le mal se fut étendu au fourreau que je ressentis les premières crises.

À la suite d'un rapprochement sexuel ou d'une pincée exercée pour calmer une cuisson légère, le prépuce se gonflait. Une boursouffure se produisait comme après une brûlure. La peau éclatait souvent et devenait humide. Alors j'éprouvais une crise de démangeaison, légère dans le jour, atroce la nuit. Je l'apaisai un peu en mettant sur la peau de l'eau de Cologne. Elle pouvait durer deux ou trois jours, puis la boursouffure s'affaissait. J'évitai dès lors les rapprochements sexuels. Mais le frottement de l'organe contre le pantalon amenait parfois une coupure de la peau qui rendait la marche pénible.

Au moment où je suis venu vous trouver, il n'y avait plus d'autres accalmies que celles de quelques heures que me procuraient les applications d'eau de Cologne.

Voici à ce moment l'état du malade : la verge dans son entier est rouge, le gland et le prépuce surtout, très foncés, violâtres, légèrement squameux ; le maximum de rougeur est au méat, et va de là *decrecendo* jusqu'à la

racine de la verge où elle se termine par une bordure assez régulière, tranchant sur le reste normal du tégument.

Pas de tuméfaction, pas d'œdème, pas d'infiltration néoplasique, sauf au rebord préputial, qui, surtout à sa partie inférieure, à la région du frein est rouge sombre et légèrement gonflé. Là également se voient quelques craquelures épidermiques, suintantes. Nous savons par le récit du malade, qu'à certaines périodes la turgescence, la cuisson et le suintement augmentent.

Rien sur le reste du corps.

Nous pratiquons un examen bactériologique des squames obtenues par raclage : il ne révèle rien qui vaille d'être relaté.

Cela fait, un seul diagnostic nous semble possible, celui d'eczéma chronique de la verge.

Mais on pouvait spécifier davantage. Se rappelant les antécédents névropathiques héréditaires et personnels du malade, son obésité antérieure, ses excès d'alcool, de table, et de travail ; songeant aussi aux sensations premières de chaleur et de cuisson, puis aux crises prurigineuses et aux grattages qu'elles entraînaient à leur suite, il était difficile de ne pas suspecter l'origine nerveuse d'un tel eczéma, et de ne pas le rapprocher de ces dermatoses, anciennement connues, mais mal élucidées encore où le trouble d'innervation paraît le premier phénomène en cause et où la lésion se développe sous l'influence des frottements et grattages, d'une peau modifiée dans son équilibre trophique et vaso-moteur. C'est là le mécanisme que l'un de nous (1), en collaboration avec L. Brocq, avait reconnu dans une série de lésions, non identiques mais très analogues, où Cazenave avait très sagacement démêlé l'influence dominante du trouble d'innervation.

Quoi qu'il en soit, nous instituâmes le traitement suivant :

Douches tièdes quotidiennes ; sobriété absolue ; alimentation à dominante végétarienne ; suppression des veilles et du surmenage en tous genres : voilà pour le traitement général.

Au point de vue local : 1° application pendant la nuit de cataplasmes de fécule de pomme de terre, souples, moelleux, et froids ; 2° scarifications linéaires du gland, de la rainure balano-préputiale et du fourreau. Ces scarifications répétées deux fois par semaine en moyenne, ont été superficielles, et faites aseptiquement. Pour scarifier commodément le prépuce, il faut le déplier et le rétracter de manière complète sur les corps caverneux.

L'amélioration se montra d'emblée, et ne cessa pas de progresser jusqu'à l'entière cure, qui exigea une vingtaine de séances environ.

Après une quinzaine, elles furent suspendues pendant un mois : quelques rougeurs légèrement squameuses reparurent sur le gland.

(1) BROCCQ et JACQUET. Notes pour servir à l'histoire des névrodermites. *Annales de Dermat.*, 1891, p. 97 et 193.

Aujourd'hui, il y a plusieurs mois déjà que rien ne s'est montré de nouveau. La verge est dans un état rigoureusement normal ; quant aux crises prurigineuses, elles ont disparu dès les premiers jours du traitement.

Syphilis maligne précoce sans adénopathie.

Par M. LANDOUZY.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est doublement intéressant au point de vue de la pathologie générale et des lésions syphilitiques graves qu'il a présentées.

C'est un jeune garçon de 19 ans qui est entré dans mon service pâle, amaigri, défail, cachectique pour un mal de gorge. Nous avons constaté alors que la bouche était envahie par de larges plaques muqueuses ; et il présente, comme vous le voyez, des lésions ulcéreuses disséminées et de nature incontestablement syphilitique. Or, malgré l'intensité de ces lésions, nous n'avons pu trouver chez ce malade aucune adénopathie vraiment spécifique, on ne sent pas et on n'a jamais senti les ganglions sous-maxillaires. Les ganglions inguinaux étaient bien un peu volumineux, mais ce léger engorgement ganglionnaire nous a paru devoir être mis sur le compte d'une blennorrhagie récente contractée par le malade, et de fait il a disparu avec l'écoulement urétral. Cette absence de réaction ganglionnaire chez un sujet jeune qui présente une syphilis précocement et exceptionnellement grave, vient à l'appui de la théorie soutenue ici même par M. Augagneur sur le rôle défensif, atténuateur de l'adénopathie dans la syphilis. Nous n'avons pas trouvé trace du chancre, et nous pensons que ce jeune homme a eu un chancre de la gorge, un chancre amygdalien, chancre qui a été suivi rapidement de lésions ulcéreuses qui ont détruit complètement la luette, comme vous pouvez le constater.

Le traitement ordinaire a été impuissant à modifier ces lésions, les frictions mercurielles sont restées inefficaces, et il nous a fallu recourir à des injections de biiodure, à la dose de quatre milligrammes par injection quotidienne, combinées à l'administration de l'iode de potassium, pour modifier son état. Aujourd'hui, ce malade est littéralement transformé ; l'état cachectique où il se trouvait avant le traitement a disparu et les ulcérations tendent à se réparer. J'ajoute que ce jeune homme est fortement entaché d'éthylisme, il y a là un facteur de gravité dont il faut tenir compte.

M. MAURIAC. — J'ai observé très souvent des cas analogues, et j'ai remarqué que les adénopathies sont rares dans la plupart des lésions syphilitiques primitives graves.

Ainsi, on ne constate presque jamais d'adénopathie inguinale dans les chancres syphilitiques phagédéniques et les adénopathies font défaut dans les ulcérations syphilitiques tertiaires. Par contre, une syphilis très bénigne, manifestée parfois seulement par quelques taches de roséole, peut s'accompagner d'adénopathies très volumineuses. On ne peut donc juger de la gravité de la syphilis par ses déterminations ganglionnaires.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai entendu la communication de notre maître et ami, le professeur Landouzy, avec le plus vif intérêt parce qu'elle soulève les importantes questions de la défense de l'organisme contre l'infection syphilitique et de la définition de ce qu'on entend par une syphilis grave.

Et d'abord, quelle importance pronostique faut-il accorder à la présence ou à l'absence (celle-ci exceptionnelle, comme je le faisais remarquer au Congrès de Moscou) des adénopathies primitives ou secondaires, témoins de l'infection d'abord locale, puis régionale et graduellement généralisée ? Pour ma part, la réponse, jusqu'à ce jour du moins, à cette question est que les adénopathies ne constituent nullement un baromètre même approximativement exact de la bénignité ou de la gravité ultérieure d'une syphilis. En d'autres termes, les faits d'observation ne me semblent pas confirmer la proposition avancée théoriquement et comme par une vue de l'esprit, à savoir que les sujets qui ont de fortes adénopathies sont mieux protégés contre les divers accidents et manifestations tégumentaires, sous-cutanées ou viscérales de l'infection, que ceux qui en ont peu ou pas. L'organisme a de multiples moyens de défense contre l'infection, quand ce ne serait que les glandes vasculaires sanguines, le sang lui-même, les cellules et les épithéliums dont les propriétés ne sont pas encore bien définies mais dont l'action ne semble pas douteuse. Le système lymphatique sert à la progression habituelle, non constante de l'infection qui est parfois sanguine ; sa souffrance témoigne de la marche du virus, l'arrêtant peut-être, selon la théorie anciennement déjà exposée par Virchow, la combattant peut-être, si l'on veut, mais ne l'enrayant pas complètement et semblant plutôt signaler que les divers modes de protection de l'organisme sont insuffisants, que les dernières barrières vont être ou viennent d'être franchies ; peut-être y a-t-il dans le système lymphatique un moyen d'atténuation pour les infections banales ou bénignes ; peut-être le virus syphilitique s'y trouvera-t-il atténué, ce qui n'est qu'une jolie hypothèse, selon l'expression à la mode et selon le dire même de M. Landouzy ; mais on peut affirmer que, régulièrement, c'est là contre le virus syphilitique une barrière impuissante. J'ai dans le souvenir de nombreux faits qui viennent à l'appui de cette assertion : d'une part, des adénopathies intenses, multiples, primitives et secondaires, locales puis générales, coïncidant chez un adulte de 25 ans, en pleine vigueur, sans autre tare, avec des syphilides graves dès le début, et sévères dans la suite. Heureusement, il me souvient de cas où les adénopathies ont été minimes, sinon presque nulles, du moins chétives, peu marquées, difficiles à déceler, et où la syphilis a été assez légère pour rentrer (alors que j'ai pu suivre les malades pendant les 6 ou 8 années suivantes) dans la catégorie

des syphilis frustes, de celles que Diday qualifiait d'imperceptibles.

Tout organisme a des modes de défense et de résistance qui lui sont propres, avec des prédominances existant ici, et remplacées là par d'autres. Il n'y a pas de maladie, il n'y a que des malades, disait-on autrefois ; c'est encore vrai aujourd'hui, et, dans la question qui nous occupe, domine aussi la note individuelle. Pour une même cause se produisant sur deux sujets, tel organisme fera une réaction lymphatique bien plus intense et plus diffuse que tel autre ; et si vous regardez bien, vous verrez que ce n'est pas celui qui a le plus d'adénopathie qui est le plus résistant. Chez les animaux, l'inoculation du virus syphilitique ne donne lieu à aucune réaction, soit locale, soit générale ; les ganglions n'ont même pas à intervenir.

Chez les hommes adultes et vigoureux, les adénopathies se montrent, indices de l'infection graduellement progressive à des dates que l'on peut presque déterminer à l'avance, mais se montrent avec une intensité médiocre, ralentissant à peine la marche du virus dont la prise de possession de toute l'économie est généralement signalée par l'apparition de la roséole. Soit dit en passant, je viens d'observer un cas traité dès l'apparition du chancre par les injections de calomel et d'huile grise et où la roséole a été retardée au delà de sept mois et où la syphilis n'a encore donné lieu qu'à une minime et passagère syphilide érosive et commissurale, bien que les adénopathies aient été intenses et multiples, en chaînes ganglionnaires bi-inguinales pour un seul chancre.

Je sais bien que chez le vieillard qui a d'autant moins d'adénopathie qu'il est plus vieux et plus débilité, la syphilis prend vite des allures dénutritives et cause des accidents graves ; mais c'est parce que la vitalité de tout l'organisme est atténuée dans son ensemble, plus encore parce que ses vaisseaux sanguins sont altérés et friables que parce que son système lymphatique est peu actif. Les ganglions sont malhabiles, sont impuissants comme les autres organes ; et c'est de l'ensemble de cette impuissance que procède la malignité d'une infection récente. Au contraire, chez l'enfant de 2 ou 3 ans, la syphilis est généralement bénigne alors que les adénopathies sont souvent développées ; mais l'enfant fait facilement des glandes : il en fait pour les infections les plus simples ; et ce qui le sauve, c'est la jeunesse de ses tissus, l'activité des échanges et des fonctions, mais non pas seulement l'intervention du système lymphatique. L'organisme jeune finit par prendre le dessus, mais les adénopathies sont plutôt les témoins que les auteurs de la défaite de l'infection envahissante.

L'âge n'est pas le seul facteur qui intervienne ; il faut compter aussi avec la vulnérabilité de chaque système, de chaque tissu qui composent un organisme donné. Un même virus peut contaminer plusieurs sujets, cela s'est vu ; or, tous ces sujets sont loin de voir leur syphilis puisée à la même source, se comporter de la même manière. Chez l'un la peau sera particulièrement peu résistante ; il y a des poussées de syphilides presque incessantes ; chez l'autre, ce sera le tissu osseux et le périoste et on aura des périostites précoces et des exostoses multiples. Chez tel autre, le système nerveux sera particulièrement atteint, et, dès les premières périodes, on aura aussi des paralysies et des lésions graves ; chez un autre enfin, la

dénutrition générale sera très intense alors que celui-ci gardera ses forces, son teint, et toutes les apparences de sa santé. N'ai-je pas cité autrefois l'observation de ces trois sœurs qui eurent des lésions rénales l'une pour la scarlatine, l'autre pour la fièvre typhoïde, la troisième pour la syphilis, et l'histoire de ces deux hommes, le père qui eut une phlébite pour la fièvre typhoïde et le fils qui eut la même complication pour l'influenza. Dans tous ces cas, la maladie n'était pas particulièrement grave, c'étaient les tissus tégumentaires seuls qui étaient particulièrement vulnérables. Ici de même, la syphilis n'est grave que pour les jeunes.

Dans le cas de discussion que M. Landouzy a bien voulu vous présenter c'est la peau qui est particulièrement et précocement atteinte par des poussées presque subintrantes de syphilides, mais, vous le voyez, l'état général reste bon, l'embonpoint, les couleurs, les forces, l'apparence de la santé persistent. Les syphilides cutanées précoces, multiples, profondes, ne veulent pas dire que la syphilis sera ultérieurement plus maligne pour ce sujet que pour un autre. Ce que nous constatons là signifie seulement que la peau de ce malade est particulièrement vulnérable à la qualité de virus dont est faite cette syphilis. Or, dans notre climat, ce qui rend le plus souvent la peau si incapable de résister, c'est l'alcoolisme. Certes, il y a d'autres causes, la misère, la grossesse, la cachexie paludéenne, etc., sont les facteurs habituels de gravité de la syphilis ; mais ici, il semble que l'alcoolisme doive être incriminé puisque le traitement spécifique a été précoce et énergique. Il faudrait voir aussi s'il n'y a pas de séborrhée préalable ; j'ai remarqué que la séborrhée persistante influençait la syphilis cutanée.

Et c'est ainsi que nous sommes parvenus à la question de savoir ce qu'on entend par syphilis grave ou maligne. Il est évident que cette syphilis qui mutilé les téguments est cependant bien moins grave que si déjà des lésions osseuses ou des paralysies se montraient ; car la syphilis est loin de n'être qu'une maladie de peau ; c'est une maladie générale, du sang, de tout l'être, et il arrive que bien souvent la peau est ou résistante ou respectée et le système nerveux très promptement, particulièrement et irrémédiablement intéressé ; c'est alors que la syphilis doit être considérée comme vraiment grave ; mais c'est là une question beaucoup trop vaste pour être traitée occasionnellement ainsi au pied levé et si je suis entré dans tous ces détails c'est uniquement pour montrer tous les problèmes que soulève la communication de M. Landouzy.

M. BROcq. — A mon avis, ce malade est atteint d'une syphilis maligne. L'intérêt de la question est de savoir si, dans les syphilis malignes précoces, il y a ou non adénopathie. D'après M. Landouzy, les ganglions lymphatiques ont un rôle de protection vis-à-vis de la syphilis. Or, dans la plupart des observations de ce genre que j'ai recueillies autrefois, j'ai noté en effet l'absence ou le peu de développement des adénopathies, et presque toujours les malades étaient éthyliques.

M. MAURIAC. — La malignité de la syphilis implique une destruction rapide des tissus cutanés ou muqueux. Il y a concordance ordinairement entre la gravité de l'accident initial et celle des accidents consécutifs.

Chez ce malade le chancre a passé inaperçu mais il est probable qu'il s'est développé dans la gorge; or, les chancres de l'amygdale sont presque toujours suivis d'accidents cutanés graves.

M. LANDOUZY. — Il y a là une question de pathologie générale, et si je vous ai présenté ce malade, c'est pour insister sur le rôle défensif, atténuateur, des ganglions. L'adénopathie, qu'on présente souvent comme un témoignage de la gravité de la syphilis, semblerait montrer au contraire que l'organisme se défend bien contre l'infection. La syphilis acquise de l'enfant s'accompagne ordinairement d'adénopathies volumineuses et la syphilis chez lui est bénigne; chez le vieillard, au contraire, dont les ganglions sont atones et pour ainsi dire éteints, la syphilis est presque toujours maligne.

Je crois aussi que chez ce malade, comme la syphilis est entrée par la gorge, il y a de ce chef un facteur de gravité; l'œnophilie a dû également jouer un rôle.

M. GÉMY. — Depuis la communication sur la défense de l'organisme par les ganglions dans la syphilis, je me suis livré à des recherches sur ce sujet. Chez les indigènes algériens, dont la syphilis est toujours grave, j'ai constaté que les ganglions sont presque toujours très volumineux. L'éthylisme ne peut être invoqué, car ils ne boivent que de l'eau. Je crois que la gravité de la syphilis algérienne est due à la non-atténuation du virus, qu'ils contractent à une source non mercurialisée.

M. LANDOUZY. — M. Gémy a-t-il remarqué en Algérie des différences entre les réactions des indigènes et celles des Européens à cet égard?

M. GÉMY. — Chez tous les malades que j'ai soignés, les ganglions étaient volumineux. Je crois qu'il faut invoquer surtout la virulence du virus.

M. RENAULT. — Des observations nombreuses pourront seules élucider cette question. On voit souvent coïncider une syphilis maligne et des adénopathies considérables. En somme, chaque malade paraît réagir d'une façon différente suivant l'état de son système ganglionnaire.

M. BESNIER. — Le malade présenté par M. Landouzy soulève une question des plus intéressantes, celle de la défense ganglionnaire de l'organisme. Il est certain qu'il y a des syphilis graves dans lesquelles le système ganglionnaire réagit avec la plus grande intensité.

L'idée émise par M. Gémy touchant la gravité de la syphilis suivant la mercurialisation des races mérite également d'être approfondie.

M. LANDOUZY. — Dans l'enquête qu'on mènera sur la question du rôle possible de défense et d'atténuation des ganglions, je voudrais que, dans les cas d'adénopathie cervicale ou sous-maxillaire, on fasse l'examen microbiologique de la gorge; un grand nombre d'adénopathies cervicales relèvent en effet du streptocoque, si fréquent dans la gorge, et il est important de distinguer celles qui relèvent de l'infection syphilitique pure et celles qui relèvent d'une infection associée.

Élection.

Au cours de la séance a été élu *membre correspondant* M. le D^r RONA (de Budapest).

M. le Président annonce que la commission du prix Zambaco, composée de MM. Balzer, Besnier, Brocq, Fournier, Hallopeau, a choisi pour sujet du 1^{er} concours la question suivante :

De la contagiosité de la syphilis à toutes les périodes de la maladie.

Le Secrétaire,

P. GASTOU.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IX^e ARRONDISSEMENT DE PARIS

Séance du 13 janvier 1898.

Neurasthénie : psychose et dermatose vicariantes.

M. MOREL-LAVALLÉE rapporte l'observation d'un jeune homme de 20 ans, bien portant, sans tare nerveuse ou dermatologique connue, pris d'une dermatose extrêmement prurigineuse, presque généralisée et composée d'éléments papuleux isolés ou conglomérés avec lichénification partielle et vésiculation rare; cette dermatose rappelle plus spécialement, en raison de sa confluence aux membres inférieurs, la dermatose due aux « aoutans ». Le prurit était en voie de diminution quand, soudain, au milieu de la journée, le malade éprouve une sensation de vide, ne sait plus où il est, sa vue se trouble, il scande tous les mots en monosyllabes égaux, l'idéation est affaiblie, non pervertie. Ces troubles durèrent pendant plusieurs mois.

G. T.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris, 12, 15 avril 1898.

Botryomycose humaine.

M. PONCET rapporte deux nouvelles observations de botryomycose chez l'homme (voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 89). L'une d'elles a trait à un homme de 39 ans, atteint depuis 4 mois, sans cause connue, sans traumatisme local, d'une tumeur de la paume de la main gauche, du volume d'une petite noix, de coloration rosée, marbrée par places de croûtes noirâtres, molle, formée d'un tissu spongieux; à l'examen microscopique, la tumeur était formée de tissu de granulation et de nombreux vaisseaux, comme il est de règle dans la botryomycose. G. T.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX

Séance du 24 janvier 1898.

Maux perforants et sections congénitales des doigts et des orteils par brides amniotiques.

M. LAUBIE rapporte l'histoire d'un malade âgé de 21 ans, entré à l'hôpital pour des ulcérations apparues depuis deux mois sur un pied atteint de malformations congénitales. Il n'y a rien de spécial dans l'histoire du malade qui depuis quelques années fait de nombreux excès d'alcool. Il y a 5 ans se montre à la tête du cinquième métatarsien une ulcération qui nécessite

un séjour de deux mois à l'hôpital. Le malade il y a 2 mois s'enfonça une petite pointe dans le talon et à la suite de ce léger traumatisme s'établit l'ulcération actuelle qui, comme la première, présente tous les caractères du mal perforant.

Il existe aussi des déformations intéressantes. Au membre inférieur droit, à 13 centimètres au-dessus des malléoles, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, les parties molles sont séparées par un sillon profond qui s'étend circulairement autour du membre. Au-dessus et au-dessous les muscles se renflent en volumineux bourrelets, mais au niveau du sillon, la main qui explore ne trouve en avant que les os qui paraissent soudés l'un à l'autre à ce niveau; en arrière, elle perçoit seulement le tendon des jumeaux qui semble représenter en ce point la musculature postérieure. Au-dessus on sent le tibia et le péroné, mais au-dessous ils paraissent se confondre.

Tous les orteils présentent un certain degré d'extension. Le cinquième manque presque entièrement; on trouve seulement un petit tubercule. Le quatrième et les deux premiers sont normaux. Au troisième manque la phalange unguéale.

La main gauche est bien conformée, mais à la main droite le pouce présente un sillon circulaire à un demi-centimètre au-dessous de l'articulation phalango-phalangienne. Les autres doigts sont atteints de syndactylie incomplète, surtout les trois du milieu qui ne sont libres qu'à partir de la deuxième phalange. Les trois derniers n'ont pas de phalange. Le cinquième est normal. Aux doigts comme aux orteils, les portions de membres ainsi amputées présentent à l'extrémité une cicatrice très apparente.

Pas de troubles de la sensibilité, à part l'anesthésie au niveau des articulations.

Le malade présente donc des amputations congénitales des doigts et des orteils et des sillons circulaires qui n'ont pas abouti à l'amputation. La présence de cicatrices à l'extrémité des phalanges qui persistent démontre qu'à un moment donné les portions de membres absents ont existé. Les sections se sont produites probablement grâce à la présence de brides amniotiques. Le malade offrait des conditions favorables au développement d'un mal perforant. La tibia postérieure comprimée par le sillon circulaire du mollet ne bat plus derrière la malléole. Les métatarsiens sont tassés les uns contre les autres et par conséquent il existe une compression constante sur les points saillants. De plus, le malade est devenu alcoolique et présente déjà des artères flexueuses et dures.

Épithélioma de la jambe développé sur d'anciens trajets d'ostéomyélite chronique du péroné.

M. VERDELET. — Il s'agit d'un homme de 46 ans qui reçut à l'âge de 18 ans un coup de pied de cheval sur la face externe de la jambe gauche qui se tuméfia et devint douloureuse; du pus s'échappa et jamais la guérison ne fut complète. Il resta toujours un puits par où sortait d'une façon continue une petite quantité de liquide séro-purulent.

Cet état dure environ 28 ans; lorsqu'il y a quelques mois seulement l'aspect de la région malade se modifia et insensiblement se développa

autour du pertuis un tissu blanchâtre qui progressa peu à peu en s'élargissant, en même temps qu'au-dessous se formaient des bourgeons charnus volumineux qui laissaient écouler de la sérosité. Ces bourgeons parsemés de points jaunâtres laissent écouler un liquide d'odeur infecte. Tout autour les tissus sont légèrement indurés. L'exploration des trajets fistuleux au stylet montre l'existence de séquestres osseux.

Le 15 décembre 1897 on fait l'extirpation de la tumeur, le malade refusant l'amputation du membre, mais quelques jours après des hémorragies secondaires se produisent, le mal n'a pas de tendance à se limiter et l'amputation déjà proposée est acceptée. Le malade est actuellement guéri.

Dixième récidive de sarcome de la région antérieure de la cuisse.

M. ROTHAMEL présente des tumeurs provenant d'une femme qui portait à la région antéro-interne de la cuisse droite un ensemble de petites tumeurs que l'examen microscopique a fait reconnaître pour du sarcome fibro-plastique.

L'opération pratiquée le 13 janvier 1898 est la onzième du même genre qu'ait subie la malade. L'apparition de la première tumeur remonte à vingt-quatre ans. Il n'y a jamais eu de tendance à la généralisation, les récidives se faisant toujours au même point. Malgré dix récidives, dont les sept dernières se sont suivies d'année en année, la malade a toujours conservé un état général satisfaisant.

Séance du 7 février 1898.

Zona chez une tuberculeuse.

MM. MONGOUR et MICHEL présentent une malade manifestement tuberculeuse qui a vu apparaître le 29 janvier 1898 un zona thoracique occupant les neuvième et dixième espaces intercostaux, avec frissons, fièvre, douleur violente au niveau du siège de l'éruption.

L'éruption n'est pas très confluyente. Dans l'intervalle des vésicules existe une hypoesthésie très nette à la piqure. Sensibilités au froid et à la chaleur conservées.

L'intérêt de la présentation n'est pas dans la coexistence du zona thoracique et de la tuberculose, fait bien connu, mais dans la présence d'une lésion pleurale occupant, par rapport à la moelle, la région correspondant à l'émergence des nerfs en cause.

Dans ces conditions la théorie de la disposition métamérique du zona, théorie de Brissaud, est-elle applicable à cette malade ?

M. VERGER ne croit pas qu'il y ait dans l'observation de M. Mongour rien qui autorise à croire qu'il y ait une lésion médullaire ou radiculaire comme cause de zona. Au contraire, la coexistence des frottements pleuraux ferait plutôt croire à une action directe de voisinage sur le nerf lui-même. L'origine du zona serait donc périphérique.

M. MONGOUR accepte cette interprétation plus plausible, au moins dans ce cas, que l'hypothèse d'une névrite toxique ou d'une lésion médullaire.

Séance du 14 mars 1898.

Production de godets faviques par l'inoculation à l'homme et à la souris d'un trichophyton pyogène.

MM. SABRAZÈS et BRENGUES montrent à la Société des cultures, des dessins et des souris inoculées qui se rapportent à un trichophyton pyogène extrait d'un sycosis parasitaire. Ce champignon, morphologiquement trichophytique, détermine chez l'homme l'apparition de placards vésiculopustuleux parsemés de foyers de cultures disposés en godets, et chez la souris des colonies en godets ne se différenciant pas au point de vue objectif et microscopique des godets faviques ; mais ces godets finissent par se détacher, éliminés par le processus inflammatoire ; ils n'entraînent pas la mort de l'animal.

Donc, un champignon réputé trichophytique, identique au trichophyton pyogène d'origine équine décrit par Sabouraud, est inoculable à la souris et, bien plus, produit des godets sur l'animal et sur l'homme. D. F.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE BORDEAUX

Séance du 25 janvier 1898.

Note sur un cas de syphilis placentaire : placenta de 1,950 grammes.

M. AUDEBERT. — Depuis les travaux d'Etmanson, de Fraenkel, de Pinard, il est établi que l'augmentation de poids est un des caractères principaux du placenta syphilitique. On retrouve d'une façon à peu près constante dans toutes les observations cette hypertrophie, et dans bien des cas elle a suffi pour décèler une syphilis ignorée. Le poids du placenta hypertrophié varie entre 700 et 900 grammes.

Les poids exceptionnels signalés jusqu'à ce jour sont : de 1,000 grammes, 1,135, 1,250, 1,600, 1,680 (Correa, Dias, Flandrin, Potocki, Parisot, Perret).

A titre de curiosité, M. Audebert rapporte l'histoire d'une malade qui expulsa un placenta, du poids de 1,950 grammes, de consistance molle, friable, de couleur rosée, avec quelques dégénérescences graisseuses. Les cotylédons sont peu nombreux, mais énormes et séparés par des sillons profonds. Le cordon a le volume du bras d'un nouveau-né. Cette hypertrophie coïncidait avec un fœtus mort et macéré. L'hypertrophie placentaire tient surtout aux altérations spécifiques des villosités et en particulier à leur hypertrophie et à l'infiltration embryonnaire qu'elles présentent dans toute l'étendue du placenta. En 1873, Fraenkel avait déjà signalé le développement du bord placentaire en dehors de l'insertion des membranes : ce caractère existait dans l'observation actuelle.

En résumé, on peut attribuer l'augmentation de poids du placenta syphilitique : 1° aux altérations spécifiques dont il est le siège ; 2° au développement du bord placentaire en dehors des membranes ; 3° quand il y a macération, à l'œdème qui envahit l'arrière-faix. D. F.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilide pigmentaire.

Leucodermie syphilitique (Zur Kenntniss des Leucoderma syphiliticum), par HJELMANN. *Dermatol. Zeitschrift*, 1897, t. V, p. 606 et 696.

L'auteur a étudié histologiquement 10 fragments de peau leucodermisée, excisés sur sept personnes différentes.

Il a toujours examiné des coupes non colorées; il en a étudié d'autres avec différentes matières colorantes.

Voici le résultat de ses recherches:

La leucodermie syphilitique peut se développer en connexion directe avec un exanthème syphilitique.

Avec ces leucodermies post-papuleuses, c'est-à-dire post-maculeuses, l'épiderme est plus ou moins aminci, les vaisseaux de la peau sont en partie oblitérés et atrophiés; des infiltrations de cellules se trouvent dans les papilles et dans le stratum sous-papillaire. La proportion de pigment est bien moins accusée dans le derme que dans le réseau de Malpighi, le pigment peut même manquer presque complètement dans la peau.

Indépendamment des décolorations de la peau consécutives à des exanthèmes syphilitiques, il peut se développer une hyperpigmentation primaire, diffuse de la peau, une véritable syphilide pigmentaire, vraisemblablement sous des influences nerveuses.

Dans cette syphilide pigmentaire, il y a dans le derme, en proportion relativement considérable, du pigment de nouvelle formation et une légère infiltration de cellules le long des vaisseaux, dans les papilles et le stratum sous-papillaire. Consécutivement à l'oblitération et à l'atrophie des vaisseaux, il peut s'ajouter d'une façon secondaire à cette syphilide pigmentaire une décoloration de la peau, qui la ramène à sa pigmentation normale, ou qui détermine une véritable dépigmentation.

Les leucodermies post-papuleuses présentent, tout au moins dans un petit nombre de cas, microscopiquement, le même aspect que celles qui sont en rapport avec la syphilide pigmentaire.

L'examen histologique seul ne permet pas, dans chaque cas, d'établir d'une manière positive l'origine de la leucodermie.

L'état et la répartition du pigment dans ces anomalies pigmentaires indiquent l'origine hémotogène du pigment et sa naissance dans le derme.

A. DOYON.

Syphilis du système nerveux.

Le double syndrome de Brown-Séquard dans la syphilis spinale, par BRISSAUD. *Progrès médical*, 17 juillet et 18 décembre 1897, p. 33 et 615.

La paraplégie de la méningo-myélite syphilitique est assez souvent uni-

latérale et s'accompagne de troubles sensitifs, soit associés sur le même membre aux troubles moteurs, soit occupant le côté opposé et réalisant le syndrome de Brown-Séquard (hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée), mais ce syndrome n'est pas parfait et l'hémianesthésie croisée a souvent les attributs de la dissociation dite « syringomyélique ».

Les symptômes de la paraplégie peuvent présenter les caractères suivants : ou bien il y a paraplégie sensitivo-motrice bilatérale, causée par une lésion bilatérale, les troubles de la motilité et de la sensibilité relevant pour chaque membre de la lésion spinale du même côté ; ou bien la paraplégie ou l'anesthésie n'intéressent qu'un seul membre, du même côté de la lésion ; ou bien il y a anesthésie croisée, relevant d'une lésion unilatérale équivalant à une hémisection ; ou bien il y a une double hémiparaplégie spinale avec double hémianesthésie croisée ; dans ce dernier cas, les symptômes sont analogues à ceux du premier, mais on reconnaît presque toujours son existence à ce que les troubles moteurs sont plus prononcés dans un membre et les troubles sensitifs dans l'autre.

L'hémianesthésie croisée peut être le résultat de lésions spinales très superficielles, de méningo-myélites, de pachyméningites, de tumeurs très légèrement compressives.

G. T.

Essai de diagnostic différentiel entre la syphilis artérielle, la syphilis méningée et la syphilis gommeuse de l'encéphale, par TEISSIER et J. ROUX. *Archives de Neurologie*, janvier et février 1898, p. 1 et 97.

S'appuyant sur trois observations personnelles, les auteurs essaient d'établir qu'à l'encontre de l'idée généralement admise il est possible de distinguer cliniquement les différentes variétés de syphilis cérébrale qui correspondent aux trois principales variétés anatomiques, artérite, méningite gommeuse, gomme intra-cérébrale.

L'artérite, qui supprimera d'une manière soit temporaire, soit définitive, un territoire cérébral, se caractérisera par suite, non par des phénomènes d'irritation mais par des phénomènes de déficit cérébral : la paralysie sera flasque d'emblée, l'épilepsie partielle mais généralisée, la céphalée, diffuse, non augmentée par la pression ; on notera l'absence de troubles de sensibilité, de névrite optique, la rareté des paralysies oculaires, l'affaiblissement progressif de toutes les facultés, sans délire actif mais avec torpeur intellectuelle et perte de la mémoire. Dans cette phase des accidents curables, l'artérite évoluant amènera soit une obstruction du vaisseau, c'est alors une artérite oblitérante qui pourra créer trois formes cliniques, la forme paralytique avec flaccidité et abolition des réflexes, la forme aphasique, la forme intellectuelle sans délire, soit une ectasie, c'est alors une artérite ectasiente qui se caractérisera par des phénomènes de compression tels que des paralysies oculaires. A ces accidents curables vont succéder des accidents incurables, les uns avec survie du malade (ramollissement, hémorrhagie), les autres avec mort plus ou moins rapprochée (rupture d'un anévrysme, thrombose).

La syphilis méningée qui irrite l'écorce se caractérisera par la prédominance des phénomènes d'irritation, c'est-à-dire, paralysie avec contraction et exagération des réflexes, épilepsie partielle, céphalée intense soit

diffuse, soit localisée, délire actif violent, hallucinations, douleurs vives dans les membres, neuro-rétinite avec parfois atrophie de la papille. La syphilis méningée a deux allures, l'une aiguë pouvant simuler la méningite tuberculeuse avec vomissements et fièvre (40°), due peut-être à des infections surajoutées, l'autre chronique et présentant un syndrome clinique différent suivant qu'elle atteint la convexité (délire, épilepsie partielle, paralysie) ou la base (paralysies variées des nerfs crâniens).

La gomme d'une part irrite, d'autre part détruit; sa physionomie clinique sera donc un mélange de phénomènes de déficit et de phénomènes d'irritation, variables d'ailleurs avec le siège de la gomme. Presque toujours, elle créera le tableau d'une tumeur cérébrale avec œdème de la papille et atrophie; sur un fond permanent de déficit, il pourra exister d'une manière transitoire des phénomènes d'irritation affectant la motilité et l'intelligence, phénomènes que MM. Teissier et Roux rapportent à des intoxications passagères ou même à des auto-intoxications d'origine hépatique ou intestinale.

R. CESTAN.

Étiologie du diabète insipide (Beitrag zur Aetiologie des Diabetes insipidus), par V. BANDLER. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1897, t. XLI, p. 9.

Il s'agit d'un cocher de 23 ans; ses parents, ses frères et sœurs sont morts il y a longtemps; il ne sait rien de leur santé. A l'âge de cinq ans, à la suite d'une chute sur la glace, plaie de la jambe droite, qui ne s'est cicatrisée que plusieurs années après. A l'âge de 17 ans, ulcérations spontanées dans la région sternale et successivement au thorax, aux cuisses, aux jambes, à la région fessière et plus tard au cuir chevelu.

Quelques mois avant son entrée à la clinique, le malade éprouva une soif très vive et de violentes douleurs de tête. L'examen attentif du malade montra que, dans ce cas, on avait affaire à une syphilis héréditaire, ostéite gommeuse et diabète insipide.

Les premiers temps, la quantité d'urine était de 12 à 13 litres chaque jour, avec poids spécifique de 1003 à 1004. Pas de sucre, même après l'administration de 300 grammes de sucre de raisin; légère proportion d'albumine.

Sous l'influence d'un traitement antisypilitique (frictions et iodure de potassium), les accidents spécifiques s'améliorèrent et la quantité d'urine diminua régulièrement ainsi que la soif.

Après une cure de cinq semaines, toutes les lésions gommeuses étaient guéries et cicatrisées; la quantité d'urine et la soif étaient revenues à l'état normal.

L'auteur se demande ensuite si dans ce cas le diabète insipide a eu pour point de départ la syphilis ou s'il ne faut le regarder que comme une complication accidentelle survenue dans le cours d'une syphilis constitutionnelle.

L'auteur se prononce pour la première hypothèse. Il rattache toute la maladie à une affection sypilitique du cerveau, soit sous forme d'une gomme nettement localisée, soit d'une infiltration gommeuse diffuse des membranes du cerveau.

A. DOYON.

Syphilis tertiaire des organes génitaux.

Syphilis tertiaire du vagin, par CH. VIANNAY. *Lyon médical*, 15 mai 1898.

V. rapporte six observations inédites de lésions syphilitiques tertiaires du vagin. Il conclut, de ces observations et de celles publiées par divers auteurs, que la syphilis tertiaire du vagin est moins rare qu'on ne le pense généralement. Elle peut intéresser le vagin soit primitivement, soit secondairement à une lésion syphilitique vulvaire ou, d'une façon exceptionnelle, utérine.

Les lésions tertiaires du vagin peuvent se montrer sous forme d'ulcérations plus ou moins profondes, entamant le derme, à bords taillés à pic, chancrelliformes, mais se distinguant du chancre simple par leur indolence absolue et par le résultat négatif de l'inoculation. Cette forme de lésions vaginales tertiaires survient de préférence chez les vieilles prostituées. Elle guérit rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium et n'entraîne ordinairement aucune déformation ni atrophie du vagin.

La syphilose de l'anneau vulvo-vaginal peut entraîner dans certains cas des rétrécissements cicatriciels intéressant cet anneau seulement. G. T.

De la syphilis tertiaire des ovaires; note à propos de deux observations, par OZENNE. *Semaine gynécologique*, juin 1898, n° 25.

I. — Femme de 32 ans, sans antécédents syphilitiques; métrorrhagies presque continues, mais pas très abondantes, douleur dans les fosses iliaques où on trouve une tumeur sensible, arrondie, bien circonscrite, du volume d'une petite mandarine; ces tumeurs, enlevées par laparotomie, du volume d'un petit œuf, formées aux dépens des ovaires, dures, scléreuses avec plaques blanchâtres à la périphérie, sans foyers kystiques, n'ont pas été examinées histologiquement; trois ans plus tard une céphalalgie très intense fut guérie rapidement par le traitement spécifique, ce qui fit penser que les lésions scléreuses des ovaires étaient d'origine syphilitique.

II. — Femme de 35 ans, sans antécédents syphilitiques autres qu'une fausse couche de 8 mois, mais dont le mari avait eu la syphilis avant son mariage; métrorrhagies répétées pendant plusieurs années, que le curetage modéra passagèrement; au toucher, les ovaires étaient sensibles à la pression et avaient le volume d'un marron; disparition des troubles menstruels à la suite d'un traitement antisiphilitique énergique.

O. pense que la syphilis des ovaires est plus fréquente que ne le laisse supposer le petit nombre de cas connus et que, si on examinait systématiquement les organes génitaux des femmes syphilitiques, on en trouverait un certain nombre de cas; ses symptômes paraissent consister en irrégularités menstruelles, plus souvent les retards et la suppression passagère ou permanente des règles que les métrorrhagies et, dans la forme gommeuse et la sclérose hypertrophique, en augmentation de volume des ovaires devenus perceptibles à l'examen direct. G. T.

Traitement mercuriel.

Modifications du sang des syphilitiques sous l'influence des injections intra-veineuses de mercure, par LINDSTRÖM. *Presse médicale*, 18 mai 1898, p. 267.

L'introduction du mercure dans le sang produit, dès le début, une

influence salubre, manifeste et rapide sur la composition du sang; cette amélioration ne persiste pas au fur et à mesure qu'on multiplie les injections.

Des doses très minimes, trop faibles pour avoir un effet thérapeutique sensible, ont pourtant une influence salubre sur la composition du sang (augmentation parallèle des globules rouges et de l'hémoglobine, diminution du nombre des globules blancs ou ralentissement de leur accroissement); cette influence se traduit assez brusquement, même après la première injection, et va en augmentant progressivement.

Des doses très fortes, au delà de 14 à 15 centigrammes de sublimé, provoquent un certain degré d'intoxication, se traduisant par la diminution des globules rouges et de l'oxyhémoglobine et par l'augmentation des globules blancs.

En continuant l'introduction du mercure dans le sang après la disparition des accidents spécifiques, cet effet toxique s'accroît et produit une sorte d'anémie hydrargyrique, qui persiste plus ou moins longtemps après la cessation des injections. Avec le benzoate de mercure, l'intoxication commence avec 77 milligrammes.

G. T.

Valeur diagnostique des injections intra-musculaires de calomel (Il valore diagnostico delle iniezioni intra-muscolari di calamelano), par ANG. SCARENZIO. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. I, p. 53.

S. résume un certain nombre d'observations personnelles montrant l'efficacité des injections de calomel qu'il a préconisées et l'importance qu'a leur action dans des cas où le diagnostic de lésions syphilitiques restait douteux. Il rapproche de ces faits les cas d'amélioration de lésions tuberculeuses signalés dernièrement à la suite d'injections de calomel et conclut que le diagnostic thérapeutique de la syphilis peut être clairement établi en huit jours par les injections de calomel, comme l'a fait voir Jullien, et qu'elles ont aussi une certaine valeur thérapeutique et diagnostique, dans les cas où la scrofule peut être suspectée, quoique dans cette dernière affection leur rapidité d'action soit moindre que dans la syphilis.

G. T.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Chancre simple.

Chancre simple chez les animaux (L'ulcera molle negli animali), par SAPUPPO. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. I, p. 43.

S. a entrepris, à l'instigation de Tommasoli, de nouveaux essais d'inoculation de chancre simple aux animaux; ses essais ont porté sur le cobaye, le lapin et le pigeon et ont consisté en inoculations du pus de chancres simples par scarifications, par incision et par piqûre profonde sur la peau et sur la conjonctive et en greffes sous-cutanées de fragments de chancres. Toutes ces expériences ont échoué complètement et ont donné des lésions dont l'évolution différerait de celle du chancre simple. Les greffes de fragments de chancres ont provoqué des phénomènes inflam-

matoires et des suppurations aboutissant à l'ulcération, mais dus aux microbes pyogènes inoculés en même temps que le microbe spécifique du chancre et, au point d'inoculation, ce dernier disparaissait complètement tandis que les pyogènes vulgaires persistaient seuls; la réinoculation à l'homme des produits de sécrétion de ces ulcérations est restée absolument négative.

G. T.

Abrasion du chancre mou (Die flache Abtragung des weichen Geschwürs als Behandlungsmethode), par P. G. UNNA. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1898, t. XXVI, p. 295.

Depuis deux ans, l'auteur emploie à sa polyclinique cette méthode de traitement. Voici quelle en est la technique : après avoir savonné ou bien lavé avec une solution de sublimé l'ulcère et les parties avoisinantes, on congèle la plaie avec du chlorure d'éthyle, et puis avec un rasoir appliqué à plat on excise le disque congelé sur une épaisseur de 2 et demi à 3 millimètres, ce qui est plus que suffisant. On passe ensuite sur la surface de section le crayon de nitrate d'argent pour arrêter l'hémorrhagie, puis on saupoudre la plaie avec l'iodoforme et on la recouvre avec une bandelette d'emplâtre à l'oxyde de zinc qui fait plusieurs fois le tour de la verge. Après 24 ou 48 heures, on enlève le pansement et on applique de nouveau de l'iodoforme et une bandelette d'emplâtre à l'oxyde de zinc; parfois on trouve l'ulcération guérie, dans les cas où il s'agissait d'un très petit chancre. Pour les ulcères de plus grandes dimensions, deux à quatre pansements sont nécessaires.

La multiplicité des chancres n'est pas une contre-indication; on pratique la congélation et l'abrasion des ulcères l'un après l'autre et toutes les plaies sont enveloppées par une seule et longue bandelette d'emplâtre.

Dans sa pratique privée, Unna emploie la même méthode de traitement; toutefois il a un peu modifié le pansement pour éviter l'odeur de l'iodoforme. Il se sert d'un emplâtre à l'iodoforme perforé, et, après l'avoir fixé avec l'emplâtre d'oxyde de zinc, il recouvre toute la verge d'une couche d'ouate parfumée assez épaisse.

S'il s'agit de chancres mous négligés, méconnus ou mal traités dans lesquels le fond de l'ulcère présente des fissures irrégulières, entre les granulations des sillons profonds pénètrent dans le fond de l'ulcère, partout revêtus d'une couche de tissu nécrosé dans lequel on trouve de longues chaînettes de bacilles courant parallèlement aux sillons, ou bien de chancres serpigneux, à bords décollés, on a encore recours à l'abrasion en ayant soin toutefois d'enlever une couche plus épaisse; 3 à 4 millimètres suffisent en général; les surfaces de section doivent être nettes et sans flots de tissu nécrosé.

La seule contre-indication de cette méthode de traitement réside dans le siège du chancre qui la rend impossible, par exemple lorsqu'il est placé au niveau du méat ou sur le frein; il en est de même s'il s'agit d'un chancre occupant une grande partie du sillon balano-préputial.

Les principaux avantages de cette méthode seraient, d'après Unna, les suivants : la rapidité de la guérison; la suppression complète de l'agent contagieux; la propreté et la simplicité du traitement consécutif; la gué-

raison sans cicatrice. Un dernier avantage sur lequel Unna insiste beaucoup, c'est d'avoir ainsi à sa disposition des matériaux avec lesquels on peut trancher non seulement toutes les questions scientifiques telles que celles relatives au passage du chancre mou en une sclérose initiale, à la constance du streptobacille, à la possibilité de le cultiver, à l'histogénèse du chancre mou, mais encore une question pratique très importante, celle de savoir si dans un cas donné un ulcère douteux serait un ulcère à streptobacille.

A. DOYON.

Inconvénients de l'airol (Unangenehme Nebenwirkungen des Airols), par M. GOLDFARB-JODZ. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1897, t. XXV, p. 228.

L'auteur s'élève contre l'absence complète d'irritation qu'on attribue à l'airol. Ainsi, dans le traitement des chancres mous, il a vu survenir des phénomènes d'irritation; dans deux cas qu'il a traités récemment, il se produisit même des bulles remplies d'un liquide séreux, analogues à celles qu'on observe dans les brûlures du deuxième degré. Dans les deux cas, il avait employé l'airol sous forme de poudre, avec ouate par-dessus; le tout recouvert par le prépuce. L'airol avait déterminé de vives douleurs et de l'insomnie pendant toute une nuit.

A. DOYON.

Polynévrite blennorrhagique.

Un cas de polynévrite consécutive à la blennorrhagie, par F. ALLARD et H. MEIGE. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mars 1898, p. 211.

Homme de 20 ans, issu d'une famille neuro-arthritique, névropathe lui-même, rhumatisant, non alcoolique, exerçant la profession de garçon de café, qui exige une station debout prolongée. Quinze jours après le début d'une blennorrhagie non soignée, faiblesse dans les membres inférieurs; quelques jours après, arthrite tibio-tarsienne; dès le début, atrophie des muscles des membres inférieurs avec contractions fibrillaires, notamment aux cuisses; les pieds sont pendants et déformés (pieds creux); le malade steppe en marchant, force musculaire diminuée aux membres supérieurs qui présentent une atrophie légère, plus notable aux mains. Réactions électriques à peu près normales aux membres inférieurs, sauf une légère diminution de l'excitabilité galvanique et faradique. Aux membres inférieurs, le territoire du poplité externe est très fortement atteint, principalement à gauche où l'excitabilité aux deux courants, galvanique et faradique, est abolie. Pas de réaction électrique de dégénérescence. Diminution de la sensibilité à peu près parallèle à celle de la motilité; à plusieurs reprises, vives douleurs dans les membres inférieurs suivant le trajet du sciatique et du crural qui sont également douloureux à la pression; parfois crampes intenses dans les jambes à l'occasion des mouvements.

Réflexes rotuliens abolis. Troubles vaso-moteurs très accusés sous la forme d'urticaire provoquée. Chute de plusieurs dents. Aucun trouble des organes des sens. Rien d'anormal du côté des sphincters.

A. et M. attribuent ces troubles à une polynévrite dont ils ne peuvent trouver l'origine que dans la blennorrhagie, affection dans laquelle on a déjà rencontré un certain nombre de cas de polynévrites. G. T.

Toxines gonococciques.

Des toxines gonococciques. (Beitrag zur Frage der gonokokkentoxine), par SCHAEFFER. *Fortschritte der Medizin*, novembre 1897, p. 813.

Les intéressantes recherches de l'auteur ont porté sur trois malades atteints d'urétrite chronique. Un examen microscopique continué pendant quinze jours permit de constater qu'il ne s'agissait plus d'un processus spécifique et que pendant toute la durée de l'observation il n'y avait jamais eu qu'une légère sécrétion épithéliale avec de très rares leucocytes. L'auteur fit alors des injections dans l'urètre avec une culture pure de gonocoques de 4 à 5 jours filtrée.

On fit ces injections avec 6 centimètres cubes de ce liquide, qu'on laissait cinq minutes dans l'urètre. Sous l'influence de ces injections, il survint le lendemain chez un des malades une sécrétion purulente évidente; chez les deux autres, dès l'après-midi du même jour, une suppuration abondante qui augmenta encore le lendemain; pas de malaises subjectifs. Chez ces trois malades, la sécrétion diminua sans traitement, et deux jours après on ne constatait plus qu'un écoulement muco-épithélial insignifiant. Dans toutes les préparations de pus, il y avait un très grand nombre de leucocytes polynucléaires, du mucus en quantité, mais pas de micro-organismes.

Il s'agit donc dans ces trois cas d'un catarrhe urétral purulent, survenu rapidement mais de courte durée, provoqué par l'injection de cultures filtrées de gonocoques. Des expériences de contrôle avec des injections de milieu nutritif stérile seul ne déterminèrent pas de suppuration.

Il résulte des recherches de l'auteur que des injections de ces toxines peuvent amener chez l'homme une urétrite aiguë, à marche non progressive. Peut-être, dit Schaeffer, serait-il possible d'utiliser ces injections dans un but thérapeutique, pour amener une irritation provocatrice; elles seraient préférables aux solutions faibles de sublimé, de nitrate d'argent, d'argentamine.

A. DORON.

Traitement de la blennorrhagie.

Pouvoir antiseptique vis-à-vis du gonocoque de la larginine (albuminate d'argent) (Ueber die desinficirende Kraft des Larginins [einer neuere Silbererweissverbindung] gegenüber dem Gonococcus), par PEZZOLI. *Wien. klin. Wochens.*, 1898, p. 260 et 286.

La larginine est un albuminate d'argent dont le facteur albuminique dérive par dédoublement de la paranucléoprotéide. Elle est préparée de telle façon que ce produit desséché à l'air est traité en solution alcoolique avec une solution ammoniacale d'oxyde d'argent nitraté.

La larginine est une poudre gris blanc d'un poids spécifique faible; desséchée à l'air elle contient en moyenne 11,1 p. 100 d'argent; elle se dissout très facilement dans l'eau à la température de la chambre jusqu'à 10,5 p. 100, et sa solution est jaune clair. Elle se dissout encore très facilement dans la glycérine, le sérum du sang, l'albumine pure, les solutions de peptone, etc. La larginine est insoluble dans l'alcool, l'éther, le sulfure de carbone, le benzol, etc.

La réaction de la solution aqueuse de larginine est légèrement alcaline. Conservée dans des flacons teintés, la larginine reste indéfiniment sans s'al-

térer. Une propriété importante de la largine est que son contenu en argent ne varie pas, contrairement à ce qui se passe dans les autres albuminates d'argent.

D'après les recherches de l'auteur, la largine est au moins équivalente comme anti-blennorrhagique aux albuminates d'argent déjà connus; en ce qui concerne la propriété de tuer les gonocoques, elle l'emporte sur les autres albuminates d'argent, mais elle a de commun avec eux de n'altérer que faiblement les terrains de culture, et seulement après un laps de temps prolongé.

La largine pénètre dans les substances organiques mortes plus profondément que les autres albuminates d'argent.

L'auteur a employé, sous forme d'injections prolongées, la largine, comme Weisser le protargol, en concentrations de 1/4 à 1/2 p. 100, en élevant lentement la dose, suivant la période de la blennorrhagie. Les injections étaient faites trois fois chaque jour; le matin et à midi on laissait les solutions dans l'urèthre pendant cinq à dix minutes, le soir de quinze à trente minutes.

Pezzoli a traité ainsi 60 malades, dont il faut éliminer 19 pour différentes raisons.

Il reste donc 41 cas que l'auteur répartit en trois groupes. Le 1^{er} comprend 27 cas d'urétrite antérieure aiguë qui ont été traités dès le début de la maladie, en moyenne 1 à 3 jours après l'apparition de l'urétrite. Dans tous ces cas, le résultat a été très satisfaisant, l'écoulement diminuait très rapidement, les gonocoques disparaissaient très promptement, d'abord de la sécrétion et ensuite des filaments, en moyenne au bout de dix jours; l'urine devenait claire, le trouble et plus tard les filaments disparaissaient tout à fait. La durée du traitement a été, en moyenne de trente jours, sans que pendant tout le temps on pût constater un signe d'urétrite postérieure.

Le 2^e groupe comprend 8 cas. Il s'agit ici des malades atteints d'urétrite antérieure aiguë, traités comme ceux du groupe précédent immédiatement ou peu après la première apparition des symptômes morbides.

Bien que les malades aient exactement suivi les prescriptions de l'auteur (il s'agit même de plusieurs médecins) et que pendant tout le temps il n'y eût ni une cause nocive ni une faute commise, on fut obligé de suspendre le traitement larginique, en raison de symptômes d'urétrite postérieure aiguë.

Le 3^e groupe ne comprend que 6 malades atteints d'urétrite postérieure aiguë et subaiguë qui ne furent soumis au traitement par la largine que longtemps après le début de la maladie. Chez ces malades, les résultats furent loin d'être satisfaisants.

Sur les 41 malades, 35 étaient atteints d'urétrite antérieure aiguë récente dont 27 guérirent avec la largine, soit environ 77 p. 100. Dans 8 cas, la largine ne donna pas de résultat. La maladie envahit l'urèthre postérieur et après un laps de temps variable il se produisit une urétrite postérieure aiguë ou subaiguë (23 p. 100).

Si l'on compare les résultats obtenus par l'finger avec le protargol, on voit que sur 34 cas d'urétrite antérieure récente traités avec ce médi-

cament, la maladie resta localisée à la partie antérieure dans 22 cas (64 p. 100); dans 12 cas, elle gagna la portion postérieure malgré le protargol, soit 36 p. 100.

Pas plus que le protargol, la larginine n'est un remède abortif du gonocoque dans le sens strict du mot.

En résumé, la larginine vient augmenter le nombre, jusqu'à présent encore très restreint, des antiblennorrhagiques efficaces et non irritants; sous ce double rapport, elle a au moins la même valeur que le protargol.

A. DOYON.

Traitement de la blennorrhagie par l'itrol (Contributo alla cura della blennorrhagia con l'itrolo), par G. PERONI et G. PICCARDI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. 1, p. 14.

Les auteurs ont expérimenté l'itrol (citrate d'argent), préconisé par quelques auteurs allemands, dans 65 cas de blennorrhagie aiguë ou chronique, sous la forme d'injections de solutions à des titres variant de 1 p. 1,000 à 1 p. 2,500.

Ils ont constaté que, contrairement à d'autres substances chimiques, l'itrol peut être employé pour le traitement local dès le début de la blennorrhagie, parce qu'il ne provoque aucune réaction des tissus, mais au contraire en général une diminution notable des phénomènes inflammatoires. En raison de son action antigonococcique et de sa puissance de pénétration dans les tissus qu'il doit à ce qu'il n'est pas précipité par l'albumine, il trouve son indication aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes chroniques de la blennorrhagie.

Le meilleur mode d'emploi de l'itrol consiste dans les irrigations par la méthode de Majocchi pour l'uréthrite antérieure et par la méthode de Janet-Majocchi pour l'uréthrite postérieure.

G. T.

NOUVELLES

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Prix Zambaco.

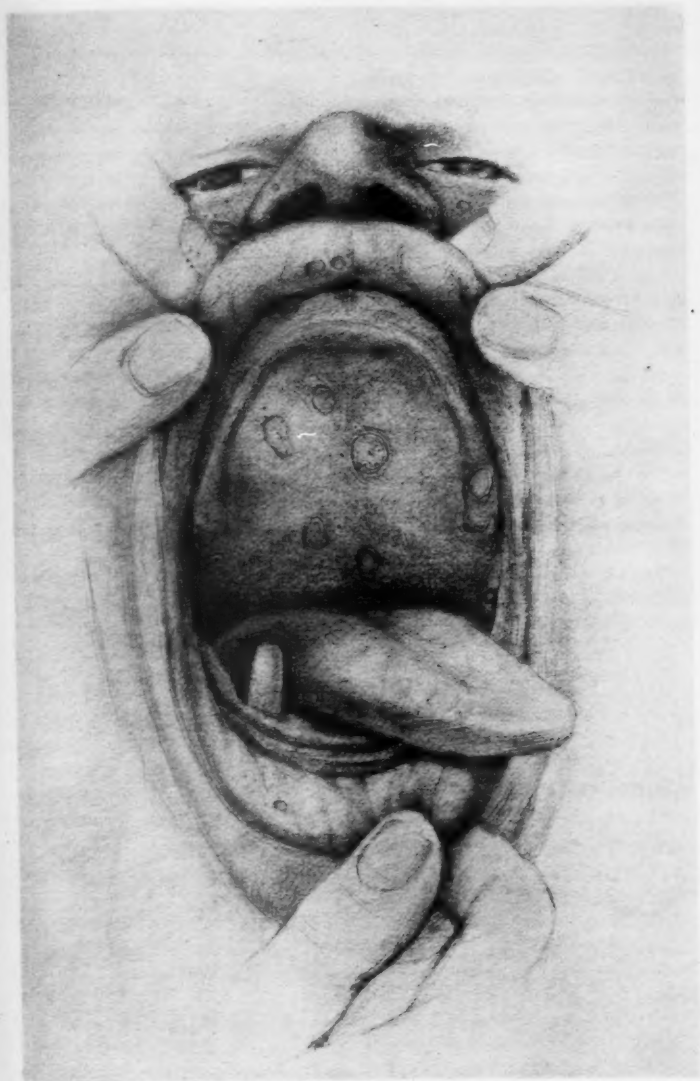
Le prix Zambaco sera décerné pour la première fois par la Société française de dermatologie et de syphiligraphie au mois d'avril 1900.

Le sujet du premier concours est : *De la contagiosité de la syphilis à toutes les périodes de la maladie.*

Les mémoires doivent être adressés, avant le 30 novembre 1899, à M. le Dr Hallopeau, secrétaire général de la Société, 91, boulevard Malesherbes à Paris.

Voir les conditions du concours dans le précédent numéro des *Annales*, p. 585.

Le Gérant : G. MASSON.



MASSON & cie, Editeurs.





1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100